

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية غـزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

تقييم دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المنتفعين

اعداد

الطالبة/ سماح عبد بدر أبو سيدو

إشراف

الدكتورة/ سناء إبراهيم أبو دقة

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس / الصحة النفسية

1427هـ-2007م



إلى والدتي رمز المحبة والحنان
إلى والدي رمز العطاء المتواصل
إلى توأم روحي ورفيق دربي
إلى إخوتي وأختي تقديراً واحتراماً
إلى صديقتي وجاد العجوري

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على نبيه محمد وعلى آله وصحبه الغر الميامين، قال تعالى ﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾ وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم "لا يشكر الله من لا يشكر الناس".

وبعد،،

فانه لزاما علىّ بين يدي بحثي هذا أن أشكر الله الكريم رب العرش العظيم الذي وفقني لإنجاز هذه الدراسة وما توفيقني إلا بالله عليه توكلتي واليه مآبى. ثم أتقدم بالشكر العظيم للجامعة الإسلامية التي منحتني فرصة البحث العلمي، كما وأتقدم بالشكر والامتنان للدكتورة سناء أبو دقة لقبولها الإشراف على هذه الرسالة والتي لم تبخل عليه بنصح أو توجيه طيلة إجراء هذه الدراسة. كذلك أتقدم بالتقدير والامتنان إلى السادة المحكمين بما بذلوه من جهد مشكور في تحكيم أدوات هذه الرسالة ولما قدموه من نصح ومشورة كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى طاقم برنامج الدعم النفسي في جمعية أرض الإنسان لما قدموه من دعم ومساندة حتى تسني لي إتمام هذا البحث، وأتقدم بالشكر والتقدير لسيدات اللواتي قبلن الدخول في الدراسة.

كما وأتقدم بالشكر والتقدير إلي الزملاء والزميلات في برنامج غزة لصحة النفسية وخصوصا طاقم المكتبة. وأخيرا أتقدم بخالص شكري وعظيم امتناني لكل من مد لي يد العون والمساعدة وأسدي لي نصحا أو عوناً أو توجيهاً أو إرشادا حتى تمكنت من إنجاز بحثي على هذه الصورة.

سماح أبو سيدو



المحتويات

ج	قائمة الجداول
ح	قائمة الملاحق

الفصل الأول

مشكلة الدراسة، أهدافها وأهميتها

2	1.1. مقدمة
4	1.2. مبررات الدراسة
5	1.3. تساؤلات الدراسة
5	1.4. فرضيات الدراسة
6	1.5. أهمية الدراسة
7	1.6. أهداف الدراسة
7	1.7. مصطلحات الدراسة الإجرائية
9	1.8. حدود الدراسة
9	1.9. أدوات الدراسة

الفصل الثاني

الإطار النظري

11	2.1. مقدمة
11	2.2. المحور الأول: الإرشاد العلاجي
11	2.2.1. تعريف الإرشاد العلاجي
12	2.2.2. الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي
12	2.2.3. الحاجة للإرشاد العلاجي
13	2.2.4. أهداف عملية الإرشاد
13	2.2.5. نظريات الإرشاد العلاجي
17	2.2.6. تعقيب الباحثة على النظريات
18	2.2.7. إجراءات عملية الإرشاد العلاجي

- 19 2. 2. 8. خطة سير العملية الإرشادية
- 21 2. 2. 9. مهارات الإرشاد
- 26 2. 2. 10. تقنيات الإرشاد
- 33 2. 3. المحور الثاني: الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 33 2. 3. 1. مفاهيم عامة
- 33 2. 3. 2. الوضع الصحي في فلسطين
- 34 2. 3. 3. تعريف الرعاية الصحية الأولية وأساسياتها
- 34 2. 3. 4. الخدمات الصحية المقدمة داخل مراكز الرعاية الصحية في فلسطين
- 35 2. 3. 5. الخدمات النفسية في قطاع غزة
- 37 2. 3. 6. الأمراض النفسية ومعدل انتشارها في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 39 2. 3. 7. دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 40 2. 3. 8. الأساليب المقترحة لدمج الخدمات النفسية
- 41 2. 3. 9. الفوائد المرجوة من دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 41 2. 3. 10. معوقات دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 43 2. 3. 11. جمعية ارض الإنسان والخدمات النفسية
- 44 2. 3. 12. دور المرشد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 45 2. 3. 13. مدة وعدد الجلسات في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 45 2. 3. 14. الاضطرابات النفسية التي يتعامل معها المرشد
- 46 2. 3. 14. 1. اضطراب القلق
- 47 2. 3. 14. 2. اضطراب الاكتئاب
- 49 2. 3. 14. 3. الضغوط النفسية
- 50 2. 4. المحور الثالث: تقييم الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية
- 50 2. 4. 1. تعريف التقييم
- 50 2. 4. 2. الهدف العام لتقييم
- 50 2. 4. 3. المبادئ التي يستند إليها التقييم السليم
- 51 2. 4. 4. أنواع التقييم
- 51 2. 4. 5. نماذج التقييم
- 52 2. 4. 6. النموذج المتجه نحو اتخاذ القرارات CIPP
- 54 2. 4. 7. خطوات التقييم
- 55 2. 4. 8. معايير التقييم في الإرشاد

55	2. 4. 9. أهمية التقييم في الإرشاد
56	2. 4. 10. أبعاد التقييم في الإرشاد
56	2. 4. 11. متغيرات التقييم في الإرشاد
56	2. 4. 12. طرق التقييم في الإرشاد
57	2. 4. 13. التخطيط لتقييم الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية
58	2. 4. 14. تقييم العمليات
59	2. 4. 15. تقييم النواتج
60	2. 4. 16. تقييم رضا المنتفعين
61	2. 4. 16. 1. أهمية دراسة رضا المنتفعين
62	2. 4. 16. 2. العوامل التي تؤثر بالرضا
64	2. 4. 16. 3. النماذج التي تحدثت عن الرضا
65	2. 4. 16. 4. رضا المنتفعين بين تقييم العمليات والنواتج
65	2. 4. 16. 5. رضا المريض يؤثر ويتأثر بنتيجة العلاج
66	2. 4. 17. الاتجاهات والأمراض النفسية
67	2. 4. 17. 1. تكوين الاتجاهات
67	2. 4. 17. 2. مكونات ومصادر الاتجاهات
68	2. 4. 17. 3. الاتجاهات حول الأمراض النفسية في فلسطين
68	2. 4. 17. 4. تغيير الاتجاهات
69	2. 5. تعليق عام للباحثة على الإطار النظري

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

72	3. 1. مقدمة
72	3. 2. دراسات تناولت معدل انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية
79	3. 3. دراسات تناولت تقييم برامج إرشادية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية
89	3. 4. دراسات تناولت الرضا عن الخدمات
95	3. 5. دراسات تناولت اتجاهات الجمهور نحو الخدمة النفسية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

103	4. 1. مقدمة
103	4. 2. منهج الدراسة
103	4. 3. مجتمع الدراسة
104	4. 4. عينة الدراسة
105	4. 5. أدوات الدراسة
120	4. 6. المعالجة الإحصائية
120	4. 7. خطوات الدراسة

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

123	5. 1. مقدمة
123	5. 2. نتائج تساؤل الدراسة الأول
129	5. 3. تفسير نتائج التساؤل الأول
134	5. 4. نتائج تساؤل الدراسة الثاني
138	5. 5. نتائج تساؤل الدراسة الثالث
140	5. 6. تعقيب عام للباحثة على نتائج الدراسة

الفصل السادس

التوصيات والمقترحات

143	6. 1. التوصيات
144	6. 2. المقترحات
145	6. 3. ملخص الدراسة باللغة العربية
148	6. 4. ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

المراجع

قائمة المراجع

152	المصادر
152	المراجع العربية
159	المراجع الأجنبية

الجداول

قائمة الجداول

105	المستوى التعليمي للأمهات في العينة (ن = 40).	جدول 1.4
106	طريقة تحويل العينة للبرنامج (ن = 40).	جدول 2.4
108	الأبعاد التسعة وأرقام العبارات في كل بعد لمقياس حدة الأعراض النفسية.	جدول 3.4
111	معاملات الارتباط بين درجات مقياس اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في القياس القبلي والقياس البعدي.	جدول 4.4
113	أبعاد الأداة والفقرات التي تقيس كل بعد في استمارة الرضا.	جدول 5.4
114	معاملات الارتباط بين أبعاد إستبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية والدرجة الكلية للاستبانة.	جدول 6.4
114	معاملات الارتباط بين فقرات بعد مكان إجراء الجلسة والدرجة الكلية للبعد.	جدول 7.4
115	معاملات الارتباط بين فقرات بعد وقت الجلسة والدرجة الكلية للبعد.	جدول 8.4
115	معاملات الارتباط بين فقرات بعد شخصية المرشد ومهاراته والدرجة الكلية للبعد.	جدول 9.4
116	معاملات الارتباط بين فقرات بعد طريقة التدخل والدرجة الكلية للبعد.	جدول 10.4
116	معاملات الارتباط بين فقرات بعد استعداد المريض والدرجة الكلية للبعد.	جدول 11.4
117	معاملات الارتباط بين فقرات بعد نتيجة الإرشاد والدرجة الكلية للبعد.	جدول 12.4
118	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة	جدول 13.4

الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات على أبعاد الاستبانة.

- 119 جدول 14.4 معامل ألفا كرونباخ لأبعاد إستبانة الرضا عن العملية الإرشادية.
- 120 جدول 15.4 معاملات الثبات لأبعاد استبانة الرضا عن العملية الإرشادية بطريقة التجزئة النصفية.
- 124 جدول 1.5 الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي باختبار "ت" للعينات المترابطة على أبعاد الأعراض النفسية.
- 126 جدول 2.5 قيم d و η^2 و t ومقدار حجم تأثير دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية.
- 127 جدول 3.5 نتائج اختبار ت للمقارنة بين عدد الجلسات أقل من أو يساوي 6 جلسات، 7 جلسات فأكثر بالنسبة لأبعاد الأعراض النفسية القياس البعدي.
- 135 جدول 4.5 المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- 136 جدول 5.5 إجابات السيدات حول الأسئلة المفتوحة باستمارة الرضا.
- 139 جدول 6.5 الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي باختبار "ت" للعينات المترابطة على مقياس اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية (ن=40).

الملاحق

قائمة الملاحق

- 173 ملحق 01 برنامج دمج الخدمات النفسية داخل جمعية أرض الإنسان.
- 178 ملحق 02 مقياس حدة الأعراض النفسية.
- 183 ملحق 03 صدق وثبات مقياس حدة الأعراض النفسية.
- 194 ملحق 04 محضر لقاء مع المجموعة الاستطلاعية لرضا والاتجاهات.

195	لقاء مع فريق التدخل في برنامج الدعم النفسي.	ملحق 05
196	أسماء المحكمين.	ملحق 06
197	فقرات استبانته الاتجاهات حول وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها الأولية.	ملحق 07
201	استبانته قياس الاتجاهات نحو وجود الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها النهائية.	ملحق 08
204	فقرات استبانته تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها الأولية.	ملحق 09
210	فقرات استبانته تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها بعد التحكيم.	ملحق 10
215	استبانته تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الأولية في صورتها النهائية.	ملحق 11
220	ورشة عمل مع فريق التدخل في برنامج الدعم النفسي لتدريبهم على أدوات الدراسة.	ملحق 12
221	استمارة الموافقة للسيدات لدخول في الدراسة.	ملحق 13

الفصل

مشكلة الدراسة
أهدافها وأهميتها

الفصل الأول

مشكلة الدراسة، أهدافها، أهميتها

1.1. المقدمة:

تتسم الحضارة الإنسانية في القرن العشرين وبخاصة في الثلث الأخير منه بزيادة معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض العقلية وانحرافات السلوك وغيرها من الاضطرابات، مع استمرار هذا التطور وتسارعه في دروب الحياة المختلفة، مما أدى إلى تعقيد الحياة وتشابكها وفرضها أنماطا عديدة من السلوك، مما شكل عبئا نفسيا على كاهل الإنسان، لكي يرضى جميع الأطراف التي يتعامل معها، فظهرت وارتفعت معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية حتى بلغت 450 مليون شخص (WHO, 2007) كما أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية الأخيرة.

مع اتسام هذا العصر بالسمة المادية أصبح من أحد التحديات التي تواجه الدول المتحضرة المشاكل النفسية وما يتعلق بها من أمور وذلك لأن إصابة الشخص باضطراب نفسي يمثل بالنسبة لبعض الدول فقدان قدرته على العطاء كما يجب، وبذلك يصبح عبء مادي على الدولة. في حقيقة الأمر أن أزمة الاضطرابات النفسية المعاصرة لا ترجع إلى الإفرزات العلمية المختلفة في التكنولوجيا الحديثة وما اكبها من نتاجات علمية مبهرة جعلت من الإنسان آله يعمل بأوامرها، ويسير في فلكها مطاوعا كيفما تريد، دون أدنى سيطرة لإرادته البشرية عليها، بل هي نتيجة حتمية للانفصال الذي وقع بين الدين والعلم، فعدم التوافق بين الدين والعلم إنما هو في حد ذاته مشكلة وهو الفجوة الكبيرة التي تعيشها الحضارة المعاصرة. (الخطيب، 2000: 427).

ولهذا بدأ الاهتمام بالدراسات والبحوث العلمية في مجال الصحة النفسية، التي هدفت إلى الكشف عن قدرات وإمكانات الإنسان والعمل على توظيفها، وحاولت أن تيسر سبل التكيف

النفسي والاجتماعي للإنسان من خلال خلق المناخ المناسب لتحقيق ذاته وتطوير قدراته الشخصية وإمكاناته في كافة ميادين حياته العملية.

بالرغم من الأهمية المدركة للصحة النفسية والاهتمام بها ورعايتها في البلدان العربية، غير أن الاهتمام بالصحة النفسية ومفهومها الحديث ما زال دون المستوى المطلوب، إذ ما زالت رعاية الصحة النفسية مقتصرة في الغالب على المؤسسات الصحية الطبية حيث تسعى تلك المؤسسات إلى إبقاء أمور الصحة النفسية ضمن اختصاصاتها ومسؤولياتها متأثرة بما كان سائداً في أوروبا وأمريكا منذ بدايات القرن العشرين وحتى منتصفه (WHO, 2001)، في حين أن التخصصات النفسية غير الطبية ما زالت إلى حد كبير مستثناة وغير معترف بدورها الأساسي في تطوير حركة الصحة النفسية في الوطن العربي، الأمر الذي يعيق تطور حركة الصحة النفسية والاهتمام بها ويؤدي إلى تكاليف اقتصادية باهظة، وأضرار اجتماعية لا حصر لها.

لكن في الآونة الأخيرة بدأ الاهتمام بقضايا الصحة النفسية والوقاية وإعادة التأهيل وتأسيس الجمعيات والمؤسسات النفسية، ونشر الثقافة النفسية عبر وسائل الإعلام والدوريات العامة والمتخصصة وإقامة المؤتمرات.

ولابد من الإشارة إلى ازدياد الحاجة لخدمات الصحة النفسية في البلدان العربية وقد ترافق هذا بوعي متزايد للجمهور نحو أهمية الصحة النفسية ورعايتها وإمكانية استغلال مواردها نحو تحسين نوعية حياة المواطن العربي.

أظهرت نتائج بعض الدراسات ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية مثل دراسة بيكر (Becker et al, 2002) وعفانة (Afana et al, 2003) وهرم (Harpham et al, 2005) وأوصت هذه الدراسات بضرورة تقديم الخدمات النفسية بجوار الخدمات الطبية وتوافق ذلك مع توصيات منظمة الصحة العالمية بهذا الخصوص.

وتعتبر دولة البحرين مثالا يحتذى به في تطبيق سياسة منظمة الصحة العالمية حيث قامت بتطبيق سريع لدمج الخدمات النفسية في كل مراكز الرعاية الصحية الأولية لديها بالإضافة لوجود متخصصين في تقديم الخدمات النفسية داخل كل مركز حيث يوجد لديها (19) مركز صحي لا يبعد الواحد عن الآخر مسافة خمسة كيلومترات وكل هذه المراكز تقدم الخدمات النفسية بشكل كامل بالإضافة إلى الأدوية النفسية التي يمكن أن يحتاجها أي مريض، ولديها إمكانية لتقييم مدى انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمدارس والمؤسسات الخاصة (WHO, 2001).

إن حاجة الشعب الفلسطيني إلى الخدمات النفسية تعد أكبر من حاجة غيره، نظراً للظروف الخاصة التي تتمثل بالحصار، فقدان المتكرر، إغلاق المعابر، الاجتياحات المتكررة التي يعيشها الشعب الفلسطيني، فأسفرت عن وقوعه فريسة للاضطرابات النفسية والاجتماعية كما أظهرت دراسة (Afana et al, 2003) وبالرغم من الظروف الصعبة التي يعيشها أفراد الشعب الفلسطيني إلا أن القائمين على تقديم الخدمات الصحية والنفسية لم يفقدوا قدرتهم على العطاء وخدمة هذا الشعب والوصول به إلى مستويات أفضل من الصحة النفسية ولذلك بدأت جمعية أرض الإنسان الخيرية كمركز رعاية صحية أولية يقدم الخدمات الطبية للأطفال تحت سن 5 سنوات، بدمج الخدمات النفسية التي تقدم للأمهات داخل مراكزها بالتنسيق مع برنامج غزة للصحة النفسية وذلك بناء على توصيات منظمة الصحة العالمية ودراسة (Harpham et al, 2005).

كل مجتمع له خصوصية تميزه عن المجتمع الآخر وعند بناء أي برنامج في أي دولة لابد أن يراعى عدة جوانب من أهمها طبيعة المكان والعادات والتقاليد السائدة والدين والثقافة وللتعرف على فاعلية أي برنامج لابد أن يلجأ إلى خطوات علمية منظمة بهدف تقييم نتائج هذا البرنامج.

البرامج الإرشادية نوع من البرامج التي لها خصوصية كبيرة عند التطبيق في المجتمعات المختلفة ولذلك أثرت الباحثة العمل على تقييم العملية الإرشادية العلاجية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية كونها طريقة حديثة في المجتمع الفلسطيني. ذلك لأن التقييم يساعد على إيجاد نظام وإجراءات فعالة لقياس الخدمات ومدى رضا المنتفعين مع أجل تطوير الخدمات.

فبشكل عام إذا لم تستخدم المؤسسات مقياساً علمياً يستند إلى أسس ومستويات يحددها القائمون على الخدمة سيكون مثلها كمثل الأم التي تقول إن طفلها يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة لأنها شعرت بحرارته عندما وضعت يدها على رأسه، لكن والد الطفل قال: إنه ليس لدى الطفل ارتفاع في درجة الحرارة أيضاً بناء على الطريقة نفسها؟ إذن كيف يمكن لأي مؤسس أن تطور خدماتها إذا لم يكن لديها الأساليب والطرق الفعالة للمتابعة والتقييم؟!

1. 2. مبررات الدراسة:

- بدأ تطبيق دمج برامج الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السنوات الأخيرة سواء من قبل وزارة الصحة الفلسطينية، أو من المؤسسات التابعة للأمم المتحدة،

أو من المنظمات والجمعيات الأهلية التي تقدم الخدمات الصحية والنفسية في قطاع غزة (MOH, 2005)، وهذه المؤسسات بحاجة الآن لدراسات تقييمية لتحديد مدى كفاءة ونجاح العملية الإرشادية العلاجية، وتحديد ما إذا كانت هذه الخدمات مُرضية وكافية للمستفيدين. ولأن هذه البرامج وضعت لتحقيق أهداف محددة وينفق عليها مبالغ من المال وينشغل بتنفيذها فريق من المرشدين فهي تستهلك جهداً سواء كان مادياً أو بشرياً فلا بد من تقييمها، وهذا ما أوصى به (Dryden, 1994: 197) في كتابه عن الإرشاد.

• وتهتم الدراسة الحالية برأي المستفيدين أو المنتفعين باعتبارهم أصحاب المصلحة الحقيقية والذين تعد العملية الإرشادية العلاجية من أجلهم والذين يستطيعون أن يقدروا مدى استفادتهم من العملية العلاجية ويلمسون محاسنها مساوئها، للحصول على فهم أوضح للعناصر التي يعتبرها متلقي الخدمات أو المنتفع أكثر فائدة له، وهذا يعطى المعالجين والمرشدين فهم أفضل وأعمق لمدى فعاليته الإرشاد العلاجي في التخفيف من حدة الأعراض النفسية.

1. 3. تساؤلات الدراسة:

السؤال الرئيس: ما مدى فاعلية دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في جمعية ارض الإنسان من وجهة نظر المنتفعات؟

وانبثق من السؤال الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مدى مساهمة دمج العملية الإرشادية في إحداث تغيير في حدة الأعراض النفسية المختلفة عند المنتفعات وما علاقة عدد الجلسات بهذا التغيير؟

2. ما مستوى رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

3. ما مدى مساهمة العملية الإرشادية في تغيير اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

1. 4. فرضيات الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في

حدة الأعراض النفسية عند المنتفعات.

2. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في متوسط أبعاد الأعراض النفسية في القياس البعدي تعزى لعدد الجلسات (أقل من أو يساوي 6 جلسات، 7 جلسات فأكثر).
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات اتجاهات المنتفعات في القياس القبلي ودرجات اتجاهات المنتفعات في القياس البعدي حول وجود الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

1. 5. أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من عدة جوانب منها:

1. أنها تدرس العملية الإرشادية العلاجية من وجهة نظر المنتفعين باعتبارهم أصحاب المصلحة الحقيقية، الذين تعد البرامج الإرشادية العلاجية من أجلهم، القادرين على تحديد مدى الاستفادة من الخدمات النفسية، تنمويًا، وقائيًا، علاجيًا وهم أيضا الذين يلمسون محاسن ومساوئ البرامج عمليًا، لذلك يجب أن يؤخذ بوجهة نظرهم في موضوع دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.
2. أهمية عملية التقييم نفسها: فهي الأداة العصرية في الكشف عن مدى نجاح أي عملية وتشخيص، وتحديد الدوافع حول ماهية هذه العملية، سواء من ناحية الاستمرار في تطبيقها، أو تعميمها بنفس الطريقة، أو إدخال بعض التعديلات اللازمة لتحسين الأداء.
3. توفر البيانات والمعلومات لكل المهتمين بمجالات الدمج في المجتمع الفلسطيني، فما قد ينجح في دول العالم قد لا ينجح في فلسطين فهذه الدراسة من أوائل الدراسات -على حد علم الباحثة- التي تعمل على تقييم دمج هذه البرامج بهدف أخذ قرار بالاستمرارية في تطبيقها أو تعديلها أو تبنيها بشكل كامل.
4. تساهم في إيجاد الطرق والوسائل لتغيير الاتجاهات السلبية نحو الاضطرابات النفسية.
5. تمثل النواة الأولى في فلسطين -حسب علم الباحثة- للعمل على تقييم برامج دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.
6. تفتح الأفق للباحثين والمهتمين بمجال دمج الخدمات النفسية لدراسة تقييم هذه الخدمات من جوانب أخرى.

1.6. أهداف الدراسة:

1. التعرف على مدى فاعلية دمج العملية الإرشادية العلاجية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية في التخفيف من حدة الأعراض النفسية المحتملة بين المترددات على مراكز الرعاية الصحية الأولية.
2. تحديد درجة التحسن على مقياس حدة الأعراض النفسية من وجهة نظر المنتفعات.
3. التعرف على مدى رضا المنتفعات وتوقعاتهن بالنسبة للعملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
4. التعرف على مدى التغيير الذي طرأ على اتجاهات المنتفعات كنتيجة لوجود الخدمات الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

1.7. مصطلحات الدراسة الإجرائية:

- **التقييم Evaluation:** هو عملية تحديد القيمة، وهو عملية نقدية هامة تكشف مدى فاعلية البرنامج ومدى نجاحه أو فشله في تحقيق أهدافه، وهو عملية جماعية تعاونية يشترك فيها المسؤولون عن البرنامج تخطيطاً وتنفيذاً، وحتى الذين يخدمهم البرنامج، فالكل يشترك في عملية التقييم، وهي عملية مستمرة (زهران، 2003: 508).
- **الدمج Integrating:** من الصعب الوصول إلى تعريف محدد للدمج فهو يختلف باختلاف المكان والزمان الذي يصاغ به. لذلك ترى الباحثة أنه يمكن تعريفه بأنه إستراتيجية تستخدم لجعل الخدمات النفسية جزءاً لا يتجزأ من الخدمات الطبية ويجعل الوصول لمقدم هذه الخدمات سهلاً ومؤمناً مثل الوصول إلى الخدمات الطبية ويخلق لغة مشتركة بين العاملين في المجال الطبي والنفسي.
- **الإرشاد العلاجي Clinical Counseling:** يعرف بأنه مساعدة المريض على اكتشاف نفسه، وفهم وتحليل ذاته ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية، وحل المشكلات، وتحقيق التوافق، والصحة النفسية، ويهدف إلى دراسة الشخصية، وتوجيه الحياة الوجيهة السليمة (زهران، 2003: 243).
- **مراكز الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care centers:** تعرف بأنها المكان الذي تقدم به الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيات صالحة عملياً، وسليمة علمياً، ومقبولة اجتماعياً، وميسرة لكافة الأفراد والأسرة في

المجتمع، من خلال مشاركتهم العامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها، بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة، وهي جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد الذي تعد وظيفته المركزية ومحوره الرئيسي، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع، وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون، وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية. (منظمة الصحة العالمية، 1989).

- **المنتفعات Clients:** هُنَّ السيدات المترددات على جمعية أرض الإنسان بفرعها في غزة و خان يونس ويتلقين الخدمات النفسية من برنامج الدعم النفسي هناك.
- **جمعية أرض الإنسان Ard El Insan:** هي جمعية أهلية غير حكومية تعمل في مجال الصحة المجتمعية والتغذية، وتقوم بمعالجة الأطفال الأقل من خمسة سنوات، الذين يعانون من سوء التغذية، بالإضافة إلى متابعة أمهاتهم اللواتي يعانين من فقر الدم (جمعية أرض الإنسان، 2005).
- **دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية Integrating mental health services into primary health care centers:** هو جعل الخدمات النفسية جزء لا يتجزأ من الأنشطة اليومية التي تقدم في مراكز الرعاية الأولية.
- **الخدمات الإرشادية Counseling Services:** وهي تعتبر قلب برنامج الإرشاد النفسي كله وتتضمن دراسة الحالات الفردية وتقديم خدمات الإرشاد العلاجي والأسري، وإرشاد الصحة النفسية فردياً أو جماعياً في إطار تنموي وقائي وعلاجي. (زهرا، 1998: 506).
- **مستوى رضا المنتفعات Clients Satisfaction Level:** يقصد به درجة رضا المنتفعات عن الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية عن كل فقرة من فقرات الاستبانة، وقد تم ترتيب درجات الرضا على محتوى كل فقرة تبعا لمقياس ليكرت الخماسي (راض جداً، راض، محايد، غير راض، غير راض جداً).
- **اتجاهات المنتفعات Client Attitudes:** يقصد بها الدرجة التي تحصل عليها المنتفعات في الاستبانة التي أعددت خصيصاً لقياس اتجاهاتهن نحو وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

1. 8. حدود الدراسة:

- **الحد المكاني:** تم إجراء هذه الدراسة في عيادات جمعية أرض الإنسان الخيرية باعتبارها مركز رعاية صحياً أولياً معترفاً به من قبل وزارة الصحة الفلسطينية لعلاج الأطفال دون سن الخامسة ويعانون من مشاكل في التغذية، والدراسة تمت في مركزي جمعية أرض الإنسان في خان يونس وغزة.
- **الحد الزمني:** تم إجراء الدراسة في الفترة الزمنية ما بين فبراير 2006 حتى نهاية شهر يوليو من سنة 2006.
- **الحد البشري:** السيدات المترددات على جمعية أرض الإنسان وبحاجة إلى خدمات نفسية.

1. 9. أدوات الدراسة:

تتضمن الدراسة الأدوات التالية:

- مقياس قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90):
من إعداد ليونارد ر. ديروجيتس، رونالد س. ليمان، لينو كوفي (Leonard R. Derogatis, Ronald S. Lipman & Lino Covi) وترجمة الدكتور عبد الرقيب أحمد البحيري.
- مقياس اتجاهات المنتفعات نحو وجود الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية: وهو من إعداد الباحثة.
- مقياس الرضا عن العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المنتفعات: وهو من إعداد الباحثة.

الفصل

الإطار

النظري

الفصل الثاني

الإطار النظري

2. 1. المقدمة:

يغطي هذا الفصل بشيء من التوضيح والتحليل بعض المفاهيم الأساسية التي تركز عليها الدراسة الحالية فيما يتعلق بالإرشاد العلاجي الذي يعتبر جزءاً لا يتجزأ من الإرشاد النفسي، فقد تطرقت الباحثة إلى أهم التقنيات العلاجية الإرشادية المستخدمة في الإرشاد العلاجي، وإلى بعض المفاهيم التي تتعلق بالصحة والرعاية الصحية الأولية، وسبل دمج الخدمات النفسية داخل المراكز الصحية، والبرنامج الإرشادي الذي تستند إليه هذه الدراسة وتم التطرق إلى طرق تقييم العملية الإرشادية العلاجية ولكن مع التركيز على رأي المنتفعين بالدرجة الأولى والتعرف على رضاهم والعوامل التي تؤثر في تكوين هذا الرضا، وفي النهاية التعرف على الاتجاهات، مكوناتها وطرق تغييرها لما لها من دور كبير في مواضيع الصحة النفسية ودرجة التحسن التي تطرأ على المرضى.

2. 2. المحور الأول: الإرشاد العلاجي:

2. 2. 1. تعريف الإرشاد العلاجي:

الإرشاد العلاجي كما عرفه زهران هو مساعدة المريض على اكتشاف نفسه وفهم وتحليل ذاته ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية وحل المشكلات وتحقيق التوافق والصحة النفسية ويهدف إلى دراسة الشخصية وتوجيه الحياة الوجيهة السليمة ويحتاج إليه الشخص العادي الذي يعاني من مشكلات الحياة اليومية وكذلك الفئات الخاصة لحل مشكلاتها (زهران، 2003: 243).

وعرفته شقير بأنه مساعدة العميل في اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى سوء توافقه النفسي والعمل على حل مشكلاته بما يحقق له أفضل مستوي للتوافق والصحة النفسية (شقير، 2002: 181).

ويعتبر الإرشاد العلاجي مجالاً مشتركاً بين العلاج النفسي والإرشاد النفسي، والفرق بينهم هو فرق في الدرجة وليس في النوع، ووفقاً في العميل وليس في العملية فالعملية واحدة ولكن العميل في الإرشاد أقرب إلى الصحة والسواء من زميله في العلاج (سري، 2000: 164).

2. 2. 2. الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي:

العلاج النفسي والإرشاد العلاجي توأمان متشابهان وليساً متماثلين، أوجه الاتفاق بينهما كثيرة على الرغم من وجود بعض عناصر الاختلاف، ويتفق الإرشاد العلاجي مع العلاج النفسي في الأهداف والاستراتيجيات والأسس والإجراءات. بينما يختلفان في الأشخاص التي يتعامل معها كلاً منهما حيث أن الإرشاد العلاجي يهتم بالأشخاص الأقرب إلى السواء، بينما العلاج النفسي يتعامل مع أشخاص أقرب إلى المرض النفسي، وهناك اختلاف في المكان الذي تجري فيه العملية الإرشادية أو العلاجية، فالعملية الإرشادية العلاجية تجري في كل مكان، وليس بالضرورة في المستشفى بينما العلاج النفسي يقدم خدماته عادة في العيادات والمراكز النفسية المتخصصة (ملحم، 2001: 115).

وهناك اختلاف أيضاً حول طبيعة المشاكل النفسية التي يتناولها الإرشاد العلاجي يتعامل مع مشكلات الحياة اليومية التي تولد الضغط النفسي ويتعامل أيضاً مع المشكلات الشخصية والانفعالية، ومشكلات التوافق، بينما العلاج النفسي يتعامل مع الاضطرابات النفسية والعصبية والذهانية (سري، 2000: 165).

2. 2. 3. الحاجة للإرشاد العلاجي:

الحياة العصرية جلبت معها كثيراً من أسباب الانشغال والقلق والاضطراب بسبب مشاكل العصر والضغوط الحياتية مما استدعي الاهتمام بحل هذه المشكلات وإيجاد الطرق والبدائل للتعامل معها قبل أن تتطور إلى مشكلة نفسية معقدة أو اضطراب نفسي، والعديد من الأفراد أصبحوا يدركوا أنهم في بعض الأحيان يعانون من اضطرابات بالسلوك مما يعيق حياتهم

اليومية ويؤثر على تفاعلهم مع البيئة المحيطة، مما دفعهم للبحث عن من يساعدهم في التكيف والتأقلم مع هذه المشكلات بطريقة علمية متخصصة وبسريرة تامة فكان الإرشاد العلاجي (سري، 2000: 166).

كما أن الحياة المعاصرة أصبحت تتسم بالسرعة في كل جوانب الحياة فيميل الأشخاص للحصول على الإرشاد العلاجي لأنه محدود الوقت ويمكن أن يحدث في أي مكان وليس بالضرورة في عيادات الأمراض النفسية كما هو الحال في العلاج النفسي (Feltham, 1997).

2. 2. 4. أهداف عملية الإرشاد:

تتلخص أهداف عملية الإرشاد في أربعة جوانب:

- مساعدة المسترشد كي يكون قادراً على التعبير عن مشاعره وانفعالاته.
- مساعدة المسترشد لكي يكون أكثر تفهماً لنفسه وللمواقف والمشكلات التي يمر بها.
- مساعدة المسترشد لكي يكون أكثر قدرة على اتخاذ القرارات ذات الأهمية.
- مساعدة المسترشد لكي يكون أكثر قدرة على تطبيق قراراته (أبو عبادة والنيازي، 2001: 46).

2. 2. 5. نظريات الإرشاد العلاجي:

لم تكن فلسفة وأهداف عمليه الإرشاد واضحة من حيث ما يجب أن تكون عليه لفترة طويلة، إلا أنه نتيجة لتأثرها بعلم الفرد المختلفة أصبحت هناك أهداف وفلسفة للإرشاد تتعلق بالجوانب التطبيقية لعلم النفس.

قد طرأ تطور كبير في بداية التسعينات على مفهوم الإرشاد ونظرياته، وذلك نتيجة لأراء كارل روجرز Carl Rogers التي أدت إلى ظهور اتجاهين في الإرشاد هما: الإرشاد المباشر وصاحبه وليامسون Williamson، والإرشاد غير مباشر الذي يعد روجرز من أهم رواده (الخطيب، 2000: 250).

ويعد الإرشاد العلاجي جزءاً من الإرشاد النفسي الذي يقوم على نظريات علمية، والمرشد النفسي يجب أن يعمل وفق هذه النظريات، التي حاولت توضيح وشرح السلوك الإنساني، وكيفية التعامل معه أو تعديله (سري، 2000: 165).

ستقدم الباحثة عرض موجز لبعض النظريات المستخدمة في الإرشاد العلاجي:

أولاً: النظرية التحليلية: تتضمن تحليل السلوك والمشاعر من خلال البحث عن اللاوعي والغرائز والشهوات المكبوتة، وأهم أساليبها: التداعي الحر، تفسير الأحلام، والتحويل، وغير ذلك.

تستخدم في علاج المشاكل الانفعالية، والتكيف مع القلق (Burnard, 1999).

وتستخدم أيضاً في علاج الهستيريا، الخوف، اضطرابات الشخصية، حالات الإدمان، وحالات مختارة من الأمراض النفسية عضوية المنشأ، وحالات الانحرافات الجنسية والجنوح (ملحم، 2001: 378).

ثانياً: النظرية السلوكية: تهتم بالدرجة الأولى بمساعدة العميل على تحليل سلوكه، ومعرفة مشاكله، واختيار أهدافه، وتركز على أن السلوك الإنساني متعلم، لذلك يمكن تعلم سلوك وإطفاء سلوك آخر، واستخدام التعزيز والعقاب لأي سلوك يحدد مدى استمرار أو عدم استمرار هذا السلوك، وكذلك الممارسة اليومية لسلوك ما تعمل على تثبيته، وفي النهاية إن الإنسان يقوم بتعميم السلوك (القذافي، 1997: 187-189).

يتضمن الإرشاد بهذه الطريقة: الواجب البيئي بين الجلسات، تجارب سلوكية يتعلمها المسترشد في الجلسات. لعب الأدوار، تدريبات إدارة النفس، توكيد الذات من أهم التقنيات. تستخدم كطريقة في الإرشاد لأنها تأخذ فترة قصيرة وتتجح في المشاكل السلوكية عند الأطفال ومساعدة المريض على التكيف مع الحزن والفقْدان (Burard, 1999).

ثالثاً: نظرية السمات أو العوامل (الذات): تقوم على أساس تحديد سمات وملامح الشخصية، وتعديل السلوك، والتعرف على العوامل التي تساعد على ظهور الصفة أو السمة أو السلوك، و تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية بين الأفراد، تركز على أن أساس عملية الإرشاد أساس عملي عقلي معرفي، وسوء التوافق لدى الأشخاص العاديين يضعف قدرتهم على التفكير السليم مما يؤثر على قدرتهم على الاستفادة من خبراتهم، ويعتبر المرشد النفسي هو المعلم الموجه لعملية التعليم، وتهتم بالتشخيص النفسي، واستخدام طرق الإرشاد التي تتناسب واختلاف الشخصيات بين الأفراد (صبحي، 2003: 293).

رابعاً: النظرية المعرفية: تستند على أن أفكار الفرد مرتبطة بشكل مباشرة إلى ما نشعر به، لذلك يعتمد مستخدمي هذه الطريقة على تعديل وتمييز الأفكار المشوهة التي تسبب للمريض الشعور بالضيق والألم، ويؤمنون بوجود بعض الجذور القديمة لبعض المشاكل النفسية، ولكن الأساس الشعوري للإحساس بالضيق الحالي سببه وجود خطأ في التفكير.

وتتشارك هذه النظرية مع النظريات الأخرى في:

وجود علاقة مهنية تعاونية بين المرشد والمسترشد، الواجب البيتي بين الجلسات الإرشادية، الميل للمدة القصيرة في العلاج أو الإرشاد. نجحت هذه النظرية في علاج الاكتئاب البسيط، القلق ومشاكل الغضب (Burared, 1999).

وأهم خصائصها: أن المرشد يبني نظاماً تعليمياً تنقيفياً متعاوناً مع المسترشد، والعلاج يكون محدد الهدف، ويسير باتجاهه، ويوضح الهدف بواسطة المسترشد والمرشد، بهدف مساعدة المسترشد على فهم مشاكله، وهي عملية محددة الوقت، يتم إجراؤها مرة أو مرتين أسبوعياً، وتستمر حتى 13 جلسة في خلال ثلاثة أو أربعة أشهر (Palmer et al, 1996: 77-87).

خامساً: النظرية الإنسانية: تستند هذه النظرية على أن الإنسان مسئول عن سلوكه، ولا ينبع سلوكه من اللاوعي ولا يتم تعلمه بل هو نتيجة الوعي الذاتي الذي يعطي القدرة على تحديد السلوك الناتج.

تعتمد على أن الإنسان متميز ومتفرد بذاته ويختلف عن الآخرين. نجحت هذه النظرية في التعامل مع المشاكل التي تتعلق بالبحث عن الذات أو مفهوم الحياة، وفي مساعدة الأشخاص الذين يعتقدون أنهم مقيدون ومحكومين لظروفهم (الخطيب، 2000: 251).

سادساً: نظرية الإرشاد غير المباشر "الإرشاد المتمركز حول الذات" Person – Centered: تعتبر من النظريات المهمة في الإرشاد والعلاج النفسي، وقد شاع استعمالها لأنها جذبت المعالجين المستجدين لسهولة استخدامها، وتعطي الحرية للعميل، وتعطي نتائج أسرع من التحليل النفسي.

المسلمة الرئيسية لهذه النظرية أننا كلنا نتحرك نحو التحقيق الذاتي، وروجر يعتقد أن كلا منا لديه القدرة الفطرية للوصول إلى إمكانات الكمال، ولا يوجد في هذه النظرية ما يسمى بالمرض العقلي، بل هناك عدم القدرة على التكيف نتيجة الفشل في استيعاب وتنظيم الخبرات الحسية العقلية التي يمر بها الشخص (الزيود، 1998: 198).

وتتم عملية الإرشاد عند روجرز وفق خطوات محددة هي:

1. يوجه المرشد اهتمامه نحو المسترشد كفرد أكثر من كونه مشكلة، ويحاول فهم اتجاهاته وأثرها على مشكلته، من خلال ترك المسترشد يعبر عنها بحرية، حتى يتحرر من التوتر الانفعالي الداخلي الذي يعوقه عن استخدام إمكاناته وقدراته (أبو عيطه، 1997: 144).

2. إتباع المراحل الإرشادية الثلاث التالية:

• مرحلة الاستطلاع والاستكشاف لمشكلة المريض، ونقاط الضعف والقوة في شخصيته،

وتهدف هذه المرحلة إلى مساعدة المسترشد على فهم شخصيته، واستغلال الجوانب الإيجابية منها في تحقيق أهدافه.

- مرحلة توضيح وتحقيق القيم: في هذه المرحلة يعمل المرشد على زيادة وعي المسترشد وزيادة فهمه وإدراكه للقيم الحقيقية التي لها مكانة عند المسترشد.
- المكافأة أو تعزيز الاستجابات: يقوم المرشد بتوضيح مدى التقدم أو التغيير في الاتجاه الإيجابي، ويؤكد ويوضح للمسترشد بأن ذلك خطوة أولية في التغلب على الاضطرابات الانفعالية (أبو عيطه، 1997: 144).

سابعاً: النظرية الانتقائية: تسند إلي أنه لا توجد نظرية واحدة فقط في الإرشاد النفسي مناسبة للإرشاد في كل المواقف (Burnared, 1999). ويرى مستخدمي هذه النظرية أن ما نقوم به كمرشدين يعتمد على أشياء كثيرة، منها: مستوى المهارة التي يمتلكها المرشد، الشعور بالراحة أثناء العملية الإرشادية، مستوى إدراك المرشد لذاته، مزاج المرشد، ضغط العمل وعوامل أخرى كثيرة.

تستخدم هذه النظرية عند الإرشاد اليومي، وفي التعامل مع المسترشد الذي لم يستجيب لنظرية معينة، ولديه أنواع مختلفة من المشاكل الحياتية (الزيود، 1998: 317).

ثامناً: الإرشاد النفسي من منظور إسلامي: خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان ليقوم بواجب العبادة له وحده، ولتحمل مسئولية الخلافة في الأرض وعمارتها، وحين انحرف الإنسان عن تحقيق ما أنيط به من عبودية لله الواحد، بعث الله الرسل مرشدين وهادين.

إذن فهداية الإنسان وإرشاده هي من السنن التي سنّها الخالق سبحانه وتعالى لإصلاح حياة الناس. قال تعالى ﴿وَلَتَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾ أَل عمران آية 104، والإرشاد كما يراه الباحثون المعاصرون هو مساعدة يقدمها شخص لديه القدرة والاستعداد لشخص آخر في موقف أو مشكلة، سواء كانت مشكلة في التفكير أو المشاعر أو السلوك، ولهذا ظهرت العديد من النظريات الإرشادية إلا أنها عجزت عن تقديم الأمن النفسي لمن تعالجهم لأنها ابتعدت عن المنهج الإلهي (الشناوى، 2001: 201).

وأسباب الاضطرابات النفسية من منظور إسلامي تتلخص في: الذنوب، الضلال، الصراع، ضعف الإيمان، وأسباب أخرى منها الأنانية والتكالب على الحياة، وإتباع الشهوات، والتبرج والغيرة، والحسد، والشك، وسوء الظن، والغيبة، والكبر، والنفاق (الشناوى، 2001: 224-228).

والأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي في الإسلام هي:

- قابلية السلوك الإنساني للتعديل، وأن الجوانب العقلية جزء هام في تعديل السلوك، وتصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها.
- في ضوء المنهج الإسلامي فإن الشخص غير الواعي لا يسأل عما يفعل.
- من أساسيات الإرشاد الديني أن المسؤولية فردية وجماعية، وهو يقرر مبدأ الفروق الفردية وأهمية وجود دافعية عند الشخص لتلقي الإرشاد (الشناوي، 2001: 231-235) لقول الله سبحانه وتعالى ﴿إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ﴾ سورة الرعد آية 11، ومبدأ الإرشاد علم ثم عمل، وفيه مبدأ اختيارية القرار وحرية التصرف قال تعالى ﴿لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ﴾ سورة البقرة آية 256.
- وأيضاً من أساسياته اختلاف طريقة الإرشاد باختلاف الفرد والمشكلة والتدرج في الأساليب من البسيطة والمرغوبة إلى الأساليب الصعبة (الشناوي، 2001: 231-235) قال تعالى ﴿وَاللَّاتِي تَخَافُونَ نُشُوزَهُنَّ فَعِظُوهُنَّ وَاهْجُرُوهُنَّ فِي الْمَضَاجِعِ وَاضْرِبُوهُنَّ فَإِنْ أَطَعْنَكُمْ فَلَا تَبْغُوا عَلَيْهِنَّ سَبِيلًا إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيمًا كَبِيرًا﴾ سورة النساء آية 34.

ولتخلص من الاضطرابات النفسية فإن الإرشاد الديني يتم كالاتي:

- تخليص المريض من الخطايا التي ارتكبتها، وإحساسه بالذنب الذي اقترفه، وأن يفتح أمامه باب المغفرة من الله ورحمته.
- تبصير المريض بواجباته التي فرضها الدين، ودعا إلى إتباعها، وتشجيع المريض بصورة مستمرة على أداء هذه الفرائض.
- تشجيع المريض على الامتثال لأوامر الله، والاعتراف بخطيئته، والابتعاد عن النواهي، ويعتبر اعتراف المضطرب بخطيئته هي أول الطريق الصحيح للإرشاد بهذه الطريقة.

يستخدم الإرشاد الديني في حالات كثيرة مثل: القلق والوساوس والهستيريا، توهم المرض، والخوف، والفصام البسيط، والمشكلات الزوجية والأسرية، وحالات الاضطرابات الانفعالية، والمشكلات الجنسية والإدمان (شاذلي، 2001: 211).

2. 2. 6. تعقيب الباحثة على نظريات الإرشاد:

بعد استعراض أهم المدارس والنظريات في الإرشاد النفسي ترى الباحثة أنه لا توجد

نظرية أو مدرسة أو وجدت الطريقة المثلى للنظر لشخص، أو التعامل مع المشاكل التي تظهر في الحياة اليومية، بل أعطت طرقاً مختلفة ومتنوعة للنظر إلى الإنسان وطبيعته وشخصيته وسلوكه، وينبع هذا الاختلاف نتيجة اختلاف الثقافات والمجتمعات التي نهل منها العلماء، وبالرغم من ذلك فجميعها هدفت لتوضيح وتفسير سلوك الإنسان، ومعالجة الاضطرابات النفسية المتولدة لديه.

ولتطبيق هذه النظريات في المجتمعات العربية على المرشد أن يعي أهمية الجانب الروحاني (الدين) في تلك المجتمعات لذلك يجب عليه دراسة تفسير الدين الإسلامي والقرآن الكريم لقوله تعالى ﴿وَنَزَّلْنَا مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ سورة الإسراء آية رقم 82، لسلوك الإنسان والاضطرابات النفسية ويحاول إيجاد طريقة خاصة وسطية إن صح التعبير بين هذه النظريات ونظرتها للإنسان ونظرة الدين الإسلامي حتى يستطيع التعامل مع المسترشد من الثقافة العربية أو المسترشد المسلم.

ولذلك على العاملين بالمجال الإرشادي النفسي الحصول على المعرفة الكافية لكافة هذه النظريات والحصول على تدريب كافٍ لتقنياتها قبل تبني أي اتجاه من الاتجاهات السابقة.

2.2.7. إجراءات عملية الإرشاد العلاجي:

تتضمن عملية الإرشاد العلاجي بعض الإجراءات التي لا تختلف عن إجراءات العلاج النفسي وهي تتعلق:

1. الإعداد للعملية الإرشادية من حيث:

- تجهيز الغرفة: التي سيتم بها تقديم الإرشاد، مساحة الغرفة مناسبة لعملية الإرشاد، التهوية جيدة والإضاءة متوفرة، لا تحتوي على الكثير من الأثاث فقط كراسي الإرشاد، سجادة، نبتة، المكان هادئ حتى يستطيع المسترشد الاسترسال في الكلام بسهولة.
- استعداد المرشد من الناحية النفسية والعلمية والجسدية للقيام بالإرشاد.
- اختيار الوقت والمكان المناسب للإرشاد (ملحم، 2001: 279-278).
- استعداد المسترشد وإدراكه لمشكلته، وتقبله للإرشاد وما يترتب عليه (ملحم، 2001: 361).

2. جمع المعلومات:

- البيانات الأساسية عن المسترشد: العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمهنة وعنوان

الحالة ووسيلة الاتصال بها.

- تاريخ المشكلة: تحديد المشكلة والتعرف علي بداية المشكلة، وتطورها وتأثيرها على النفس والجسد، وصف سلوكه، وكيفية تعامل المسترشد مع المشكلة، واتجاه الأسرة والأصدقاء والأقارب اتجاه المشكلة التي يعاني منها.
- التاريخ الأسري: معلومات عن أفراد الأسرة من حيث علاقتهم بالمسترشد ودرجة تفاعلهم معه واتجاهاتهم نحوه، وأسلوب المعاملة التي حظي بها المسترشد من والديه، وعلاقة ذلك بالمشكلة، وترتيبه بين إخوته وأعمارهم ودرجة ثقافتهم وتعليمهم وحالتهم الصحية والنفسية، والمستوي الاقتصادي للأسرة.
- التاريخ الشخصي للمسترشد: سجل حياته من كل المراحل العمرية التي مر بها، والمستوى التعليمي له ودراسة جميع الجوانب المتعلقة بالتاريخ الشخصي لها سواء كانت بالنظر إلى العوامل الوراثية التي أثرت به أو أي عوامل بيئية.
- الفحص النفسي للمسترشد: وفيه يتم جمع المعلومات عن كل الجوانب النفسية المختلفة. باستخدام المقاييس النفسية، والمقابلة الشخصية للمسترشد، ومن أهم الجوانب التي ينظر إليها المرشد درجة الوعي، والانفعالات ودرجة التوتر، والسمات التعبيرية للسلوك، ودرجة ترابط الأفكار ومنطقية ومضمون التفكير، ودرجة الإدراك للمشكلة وللمحيطين به، وقوة الذاكرة البعيدة والقصيرة، وحكمه على الأشياء، ودرجة استبصار المسترشد لطبيعة المشكلة التي يمر بها (زهران، 1997: 270-263).

2.2.8. خطة سير العملية الإرشادية:

تري الباحثة أنه نظرا لتفرد الإنسان، واختلاف الثقافات والخبرات بين البشر فمن الصعب جدا بل والمستحيل أن تجد علاقة بين اثنين من البشر كالأخرى، حتى لو اشترك فيها نفس أفراد العلاقة الأولى، والعلاقة الإرشادية مثل العلاقات الإنسانية، ولذلك كان لابد من وضع بعض الأنظمة والقواعد أو الخطوات تكون كمرشد للعاملين بهذا المجال وتساعدهم على رسم خطوات محددة لهذه العملية ولتقلل من فرص الخطأ أو من خروج هذه العلاقة من الإطار الإرشادية، ولذلك تم وضع الكثير من النماذج لتوضيح الخطوات التي تسير عليها العلاقة الإرشادية، وسوف تقوم الباحثة باستعراض مبسط لاثنتين من هذه النماذج وهي:

نموذج ثماني الأبعاد (Cox, 1978)، نموذج ثلاثي الأبعاد (Egan's 1986).

أولاً: النموذج ثماني الأبعاد:

:(An Eight-Stage Map of the Counseling Relationship)

طور هذا النموذج العالم (Cox's, 1978)، وهو نموذج يعطى رؤية واضحة وواسعة للعملية الإرشادية، ويتضمن ثماني خطوات وليس بالضرورة لكل عملية إرشادية أن تمر بهذه الخطوات بالتسلسل، بل يمكن أن تنتقل من خطوة إلى أخرى حسب ما تتطلبه المرحلة، وهو نموذج مرن، والهدف منه رسم تفصيلي وتوضيحي للمراحل المحتملة للعملية الإرشادية.

وخطوات هذا النموذج تتضمن: مقابلة المسترشد، مناقشة الموضوع المطروح من قبل المسترشد بسطحية، التعمق في الموضوع، التحدث عن المشاعر والأحاسيس المصاحبة لبعض المواقف وكيفية التخلص منها، البدء في جعل المسترشد مدركاً لذاته، ومشكلته، حل المشكلة والتخطيط للمستقبل، التطبيق العملي من قبل المسترشد لما تم الاتفاق عليه أثناء العملية الإرشادية، بدء العمل على إنهاء الجلسات الإرشادية (Burnard, 1999).

ثانياً: النموذج ثلاثي الأبعاد:

:(A Three –Stage Model Of The Counseling Relationship)

طور هذا النموذج بواسطة إيجن (Egan's, 1986) حيث قام بوضع ثلاث مراحل لكل عملية إرشادية وهذه المراحل هي: تحديد وتوضيح المشكلة، تحديد الأهداف و تطوير واختيار الحل المفضل لدي المسترشد، والعمل على تطبيق الحل المفضل.

لم يقم Egan's بوضع وقت محدد للجلسات أو لكل مرحلة، بل ترك هذا للمرشد، وقام بوضع هذه الخطوات حتى تبقى في ذهن المرشد طوال فترة عملية الإرشاد وتكون له كالمساعد على إيجاد طريقه للعمل.

في المرحلة الأولى: يقوم المرشد بمساعدة المسترشد على التحدث عن قصته كما يراها هو، ومن خلال الحديث عنها يتم اكتشاف المشكلات التي كان من الصعب عليه إدراكها، ويمكن اعتبار هذه الخطوة بأنها محاولة للتعرف أو الكشف عن الجوانب المظلمة في حياة المسترشد التي أحياناً من الصعب عليه إدراكها أو التحدث عنها.

في المرحلة الثانية: يضع المسترشد بعض الحلول المحتملة لمشكلته بمساعدة المرشد مهما كانت هذه الحلول صعبة أو سهلة أو غير قابلة للتطبيق، فيقوم المسترشد باختيار أفضل الحلول لمشكلته، ويبدأ المرشد بمناقشة هذا الحل معه، ويساعده على وضع الأهداف وتحديدها للوصول إلى حل هذه المشكلة، وهو ما يعرف باختيار الحل المفضلة لدى المسترشد.

في المرحلة الثالثة: يقوم المسترشد بمساعدة المرشد بتحديد الوسائل والأساليب التي سيقوم باستخدامها لمساعدته على الوصول إلى الهدف المحدد، وبهذا يصبح المسترشد قد قام بجمع واسترجاع كل قدراته لإيجاد هذه الطرق، وضع الخطة المناسبة القابلة للتطبيق مع وجود مساعدة من المرشد (Egan's, 1998: 22-38).

ترى الباحثة أن هناك الكثير من الأنظمة والنظريات التي حاولت رسم طريق يجب أن تمر من خلاله أي عملية إرشادية. اختلفت هذه النظريات وتوعدت أسماؤها ودرجة التفصيل في كلا منها، ولكنها لم تختلف في عمق مفهوم الإرشاد، وتركت الخيار للمرشد حتى يختار الطريق الأفضل له، واتفقت على ضرورة وجود خطوات منظمة علمية ديناميكية توضح الطريق، وتساعد المرشد ولا تشعره بالتقييد خلال ممارسة عمله. ويتميز نموذج Egan's بالعملية والتنظيم، حيث أنه يساعد معظم المهنيين في المجال الطبي أو النفسي على فهم خطة سير العملية الإرشادية.

2. 2. 9. مهارات الإرشاد:

هناك الكثير من المهارات التي من الممكن أن تساعد المرشد على بناء علاقة إرشادية مهنية مع المسترشد، وتوليد التعاطف المهني، وتشعر المسترشد بأن المرشد يهتم، ويفهم مشاعره وما يقول، وهذه المهارات تلعب دوراً كبيراً في تشجيع المسترشد على الاستمرار في الحديث والكشف عن مكونات حياته.

ويمكن تقسيم مهارات الإرشاد إلى مجموعتين رئيسيتين: مهارات الحضور والإصغاء ومهارات الإرشاد.

1. مهارات الحضور والإصغاء:

تعتبر مهارات الحضور والإصغاء من المهارات الأساسية والمهمة جداً في العملية الإرشادية وأفضل جزء في العملية الإرشادية هو الجزء الذي يتضمن إصغاء المرشد للمسترشد؛ لما لهذا الجزء من فوائد كثيرة تعود على المرشد والمسترشد، فالمرشد يستطيع بواسطته أن يفهم الشخص الذي يتعامل معه من ناحية، ويحدد الطريقة الأمثل لمساعدة هذا الشخص من ناحية أخرى، أما المسترشد فهي تعطيه المجال حتى يتحدث عن نفسه ويقوم بتفريغ كل ما بداخله، والتفكير بصوت مرتفع، ولكن في البداية علينا أن نفرق بين مهارة الحضور ومهارة الإصغاء حتى نستطيع فهمها واستخدامها بالطريقة المثلى (Bolton, 1999: 32).

• مهارة الحضور: وهي من المهارات المهمة عند التعامل مع أي شخص، فهي المهارة

التي تعطي الانطباع للآخرين بأننا معهم وتركيزنا منصب على ما يقولون، وهي التركيز الحقيقي على الطرف الآخر، وتتطلب الوعي والإدراك الكامل لكل ما يصدر من المرشد سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة (Bolton, 1999: 33).

ولتوضح أهمية الحضور ودوره في تحسين مهارة الانتباه لدى المرشدين في الجلسات الإرشادية وضع (Burnared, 1999) له ثلاثة مستويات نظرية:

- **المستوى الأول:** تركيز اهتمامنا كمرشدين خارج أنفسنا والاهتمام بالانتباه للبيئة الخارجية. وعندها سيكون وعينا وإدراكنا بشكل كامل مع المرشد ولننا مشوشين ومشغولين بأفكارنا ومشاعرنا الداخلية الخاصة. ومهارة تركيز الاهتمام على خارج الجسد من المهارات التي يتعلمها المرشد عن طريق التأمل. (حاول تركيز اهتمامك على شيء واحد حولك واجعل كل تفكيرك ومشاعرك حول هذا الشخص، بعد مرور لحظات أو دقائق ستجد نفسك قد أصبحت على وعي وإدراك لجوانب لم تكن تراها قبل ذلك في هذا الشيء، ومع تكرار هذه العملية ستجد أن قدرتك على التركيز على الأشياء خارج تفكيرك قد أصبحت أسهل). ففي هذا المحور سيجد المرشد نفسه حاضراً بشكل كامل وواعٍ مع المرشد ومن أجله (Burnared, 1999).

- **المستوى الثاني:** وهو التركيز الجزئي على مشاعرنا الخاصة، والجزء الآخر مع المرشد. والمهارة أن نتعلم كيفية الانتقال من التركيز بشكل كامل مع المرشد أو بشكل جزئي مع الانتباه لأفكارنا ومشاعرنا اتجاه ما يقوله. والحضور هنا يكون جزئياً ويمكن أن يفقد المرشد السلوكيات غير اللفظية التي تساعد في العملية الإرشادية.

- **المستوى الثالث:** الانتباه والتركيز على الخيال وهي التركيز على الأفكار والمعتقدات التي ليس لها علاقة بالواقع سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ومحاولة توقع وتفسير الأشياء. وفيها المرشد مشغول بالبحث في النظريات المفسرة للمريض بدل إعطاء الانتباه الكامل له، ويحاول تفسير وتوقع ما يحدث بينه وبين المرشد.

فالتركيز على المستوى الأول وممارسته يساعدنا على خلق المسافة الإرشادية والمهنية بيننا وبين المرشد، ويولد لدينا القدرة على عدم الخلط بين مشاكلنا الشخصية ومشاكل المرشد.

ومعرفة هذه المستويات تعطي المرشد المجال حتى يستطيع تطوير الوعي الذاتي لنفسه ومشاكله، وعندها سيجد نفسه قادراً على الانتباه والتركيز لمشاكل المرشد. (Burnared, 1999).

• **مهارة الإصغاء والاستماع:** الإصغاء يختلف عن مجرد الاستماع إنما هو مشاركة وجدانية للعميل، فيها يقوم بتفريغ مشاعره وآلامه وإحباطاته (أبو حويج والصفدي، 2001: 157) ولذلك يعتبر خليطاً من الاستماع لما يقوله الآخرين والاندماج مع الشخص المتحدث، واستخدام كل مهارات الاتصال للوصول إلى الفهم الجيد. وللإصغاء أربع نقاط:

أ- الانتباه للغة المسترشد: عدد المفردات، تركيبة الجمل والعبارات، ترجمة العبارة لسلوك المسترشد.

ب- الانتباه لطريقة كلامه: وقت الكلمة، درجة الصوت، حدة الصوت، السرعة في الحديث، الأخطاء، التوقف، السلاسة في الحديث.

ت- الانتباه لسلوكه غير اللفظي: تعبير الوجه، طريقة الجلوس، حركات الجسم، الميل بالجلسة، درجة قربته منك، حركه العين (إبراهيم وعسكر، 1999: 131-130).

ث- استخدام عبارات تشجيعية بسيطة وهي مؤشرات بسيطة تستخدم من قبل المرشد لإشعار المسترشد بأنه معه ويصغي إليه وهي لا تعطي للمسترشد موافقة أو عدم موافقة على ما يقوله، فقط تعطيه إحساساً بأن المرشد تفهم ما يقول ويصغي إليه. من هذه العبارات الإيماءات بالصوت (ممم، آه، نعم)، حركات بالرأس وتعابير الوجه.

من المهم أن يكون المرشد واعياً ومدركاً للحركة أو الإيماءة التي تخرج منه، ولا يستخدمها بشكل كبير فالمسترشد بحاجة أن يشعر أن المرشد يصغي إليه بدون مبالغة بالأمر (Gilbert، 2000: 17).

سلوك المرشد أثناء عملية الإصغاء: من المهم أن يكون هناك سلوك معين يتبناه المرشد أثناء عملية الإرشاد وقام Egan(1986) بوضع طريقة لسلوك المرشد وأطلق عليها اسم (SOLER) وهي اختصار لبعض الجمل التي تعبر عن سلوك المرشد وهي:

• الجلوس بزواوية 45 درجة مع المريض (Squarely): وهي طريقة تمنح المريض بعض الحرية حتى لا يشعر بأن المرشد يقوم بمراقبة سلوكه باستمرار وتتيح له التحدث بحرية والنظر بحرية.

• المحافظة على الجلوس بشكل مفتوح ومريح (Open Position): عدم ضم الأيدي والأرجل (Cross Legs) أثناء الجلوس فهذه السلوكيات يمكن أن توصل للمسترشد بأنه غير مرغوب فيه، أو عليه أن ينهي حديثه. وبعض المرشدين يشعرون بعدم الراحة عند

- عدم ضم أرجلهم، ويمكنهم أن يقوموا بذلك ولكن ليس مع ضم الأيدي كذلك.
 - الانحناء البسيط (Lean Toward) باتجاه المسترشد وفيها تشجيع له على الاستمرار بالحديث، ويعطيه شعور أنه مفهوم.
 - الاتصال عن طريق العين (Eye contact) حيثما يقتضي الموقف.
 - الهدوء أثناء الحديث مع المسترشد حتى يشعر المسترشد كأنه بالمنزل (Relax).
 - كل هذه السلوكيات تساعد في عملية الإصغاء لتصبح أكثر فاعلية ويجب على المرشد أن يتنبه لها ويأخذها بعين الاعتبار (Bolton، 1999: 34-38).
- هناك بعض الأمور التي من الممكن أن تعيق عملية الإصغاء وتحد من فاعليتها ومنها:
- وجود بعض المشاكل الشخصية عند المرشد.
 - مكان إجراء العملية الإرشادية غير مريح.
 - عدم الانتباه للسلوك غير اللفظي للمسترشد.
 - استخدام الحكم والتفسير من قبل المرشد.
 - تركيز المرشد على أموره الداخلية أكثر من تركيزه على المسترشد.
 - عدم شعور المرشد بالجاببية اتجاه الموضوع الذي يطرحه المسترشد.
 - اهتمام المرشد وتفكيره بالرد على المسترشد أكثر من اهتمامه بما يقوله المسترشد.
 - تشابه مشكلة المسترشد مع مشكلة المرشد الشخصية.
 - اختلاف الثقافات والخبرات بين المرشد و المسترشد (عمر، 1992: 399).
 - وأخيراً لكي ينجح المرشد في استخدام هذه المهارات عليه: التركيز على الخارج (المسترشد)، الابتعاد عن الحكم، الاهتمام بالسلوك غير اللفظي للمسترشد، وتقليل المثيرات الخارجية، وتجنب التفسير، وتطوير مهارة الانتباه لديه، واستخدام الإيماءات اللفظية أو الجسدية (عمر، 1992: 399).

2. مهارة ترك باب الحديث مفتوحاً أمام المسترشد، وذلك بواسطة:

- وصف الحالة الجسدية للمسترشد مثل (أنت تبدو مرهقاً أو تعبان).
- استخدام الدعوة للحديث أو الاستمرار بالحديث مثل (أنا مهتم بالحديث عن) أو (لو سمحت استمر) (أنا مهتم ومعني بما تتحدث عنه).

- الصمت أثناء الجلسة فهو يعطي فرصة للمسترشد للتفكير إذا كان يرغب بالحديث أو لا أو أن يفكر بما يريد أن يتحدث عنه.
 - الحضور الكامل مع المريض عن طريق الاتصال معه بالأعين، بالحركات، وبطريقة الجلوس فهي تعطي الانطباع بأن المرشد مهتم ومعني بحديثه (Bolton, 1999: 40-48).
3. مهارة طرح الأسئلة: وهي الجزء اللفظي الذي يستخدمه المرشد عند الحاجة إلى الحصول على معلومات، ولتشجيع المسترشد على التحدث (Burnard, 1999).
- وتنقسم إلى قسمين رئيسيين:

- الأسئلة المفتوحة تترك المريض يجيب بالطريقة التي يراها مناسبة مثل السؤال بكيف وماذا.
- الأسئلة المغلقة تستخدم للحصول على معلومات محددة تكون الإجابة عليها بنعم أو لا، ولا تسمح للمسترشد بإعطاء الصورة الخاصة به أو التعبير عن ذاته (الصفدي وأبو حويج، 2001: 158).

وهناك بعض الأنواع من الأسئلة التي تدفع المسترشد ليأخذ دوراً دفاعياً، أو يهرب من الإجابة عليها، ويجب على المرشد أن يتجنبها مثل الأسئلة الإيحائية، والسؤال بصيغة لماذا، والأسئلة الموجهة.

وهناك قواعد أساسية يجب مراعاتها عند طرح السؤال مثل: اختيار الوقت المناسب بحيث لا تتم مقاطعة المسترشد، ويكون المسترشد مستعداً للإجابة عن التساؤل، واختيار السؤال المناسب، وذلك يعتمد كثيراً على خبرة المرشد بأنواع الأسئلة، واختيار الصيغة والكلمات المناسبة عند طرح السؤال (عمر، 1992: 345-350).

توصيات عامة حول ممارسة فنية التساؤل: طرح السؤال بصوت مسموع، بدفع واهتمام، لطلب معلومات جديدة لم يسبق الحصول عليها، بأسلوب هادئ لا يمثل ضغط على المسترشد للإجابة عليه، يكون مصاحباً لتواصل غير لفظي جيد، وتجنب طرح الأسئلة التي يجيب عنها المسترشد إما بنعم أو لا، وإتاحة الفرصة للمسترشد أن يطرح أسئلته بدوره (عمر، 1992: 399).

4. مهارة الانعكاس:

- عكس مشاعر المسترشد كما شعر بها المرشد.
- أحيانا المشاعر تكون مدفونة داخل الرسالة وعلى المرشد أن ينتبه جيداً لحديث

- المسترشد حتى يستطيع التوصل إلى الشعور الداخلي للمسترشد ويقوم بصياغتها له.
- نفس الفكرة أو الرسالة يمكن أن تطرح في سياق آخر، ولكن تحمل شعوراً مختلفاً وعكس المشاعر يشعر المرشد بأنه قادر على فهم مشاعر ه وخبراته الداخلية.
- عكس محتوى الحديث: وفيه يقوم المرشد بعكس ما فهمه من الجمل التي تحدث بها المسترشد وبلغته الخاصة، وهي تعطي فرصة للمسترشد لتصحيح الفكرة أو الموافقة عليها.
- عكس الفكرة والمحتوي معا، وفيها يقوم المرشد بعكس ما فهمه من حديث المسترشد من مشاعر وأفكار معا (Bolton, 1999: 57-59).

5. البحث عن الفهم: وتتم عن طريق:

- إعادة الصياغة وهي استجابة من قبل المرشد تعكس ما فهمه من كلام المسترشد بكلامه الخاص وفيها توضيح للفكرة الرئيسية وتعطيك فرصة لفهم المسترشد، رؤية الأمور كما يراها هو.
- التلخيص في نهاية الجلسة يقوم المرشد بتلخيص ما دار بالجلسة لإتاحة الفرصة أمام المسترشد لتصحيح أو الموافقة على ما دار بالجلسة أو إذا كانت هناك فكرة لم يفهمها المرشد جيدا (Bolton, 1999: 59-61).

2.2. 10. تقنيات الإرشاد:

- لكي تحقق العملية الإرشادية الهدف منها فإن ذلك يتطلب استخدام تقنيات وأساليب وأدوات خاصة تتناسب مع الموقف الإرشادي من حيث نوع المشكلة وأسلوب التعامل معها، وهناك عدة أساليب منها:
- أولاً: الإرشاد الفردي:** وهو نوع من أنواع الإرشاد الذي يعتمد على وجود شخصين أحدهما المرشد والآخر المسترشد وجها لوجه في كل مرة، و يتم التركيز فيه على خبرات المسترشد من خلال جلسات إرشادية منظمة، ويهتم المرشد بوضع تشخيص دقيق للمشكلة، وباستخدام تقنيات الإرشاد المختلفة خلال الجلسات الإرشادية.
- أهداف المقابلة الإرشادية:** تتنوع أهداف المقابلة بتنوع مشكلات المسترشدين والهدف منها، ويمكن إجمالها كالاتي: بناء علاقة مهنية بين المرشد والمسترشد، تقديم المساعدة المناسبة للمسترشد، العمل على جعل المسترشد متجهاً نحو الحصول على فهم ذاتي أفضل، مساعدة

المسترشد على تحقيق درجة أفضل من الصحة النفسية، وتقديم كافة التسهيلات للمسترشد (الخطيب، 2000: 297).

يمكن تقسيم المقابلات الإرشادية التي يتم فيها الإرشاد الفردي إلى نوعين رئيسيين هما:

• **مقابلة إرشادية مباشرة (موجه):** تتبع من نظرية ويلامسون وتستخدم عندما يكون هناك نقص في المعلومات لدى المسترشد، وتقدم المعلومات بشكل مساعدة مباشرة، كما تقدم الحلول الأفضل لمشكلات المسترشد، ويقوم المرشد بوضع الخطط للمسترشد، وتحديد الاختبارات اللازمة وتطبيقها ويتابع مدى نجاح الخطوات الإرشادية، وهي تتم وفق خطوات منظمة يكون الدور الأكبر يقع على عاتق المرشد، والمسترشد هو فقط من تلق للإرشادات والتوجيهات من المرشد (زهرا، 1997: 279).

• **مقابلة إرشادية غير مباشرة (غير موجهة):** وتتبع من نظرية روجرز (الإرشاد المتمركز حول العميل) حيث يكون المسترشد هو مركز دائرة الاهتمام، ومن أهم خصائصه أن المسترشد له الحق في تقرير مصيره، والمرشد هنا يكون مرآة لتوضيح الرؤية، ولمساعدة المسترشد على استبصار مشكلته، ويعتمد على أساس أن الشخص المحتاج جاء طلباً للمساعدة، ومن أجل أن تساعد يحتاج أن يشعر أنك تفهم جيداً ما يشعر به، وهو أيضاً بحاجة أن يعرف أنه مهما كانت مشاعرك وأفكارك الخاصة اتجاه ما يخبرك به سوف تتقبله، وأنت تحترم رغبته باختيار طريقه في العيش، ومن خلال تقبلك وتفهمك له سوف يفتح أمامك، ويطور احتمالات للتغيير والتطور، وسوف تقوم باستخدام مهارات الإرشاد كلها من أجل حل المسترشد على الوصول إلى الانفتاح (زهرا، 1997: 280).

الأساليب الإرشادية المستخدمة في المقابلة الإرشادية:

الأسلوب الأول: الأسلوب المعرفي: هو أسلوب إرشادي يتم فيه العمل على تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة في ذهن المسترشد حول نفسه، والآخرين، والهدف منه: إعادة تشكيل التفكير والمعتقدات حول الذات والآخرين، ويعتمد على تقبل المسترشد لفكرة وجود بعض التصورات والتفسيرات الخاطئة في ذهنه نتيجة (خبرات سابقة)، وأن هذه التصورات والتفسيرات تؤدي إلى الأفكار السلبية التي تدور في ذهنه. ويتعلم المسترشد كيفية التعرف على هذه الأفكار السلبية (سطحية أو إليه) ويبحث عن أفكار بديلة يمكن أن تعكس الحقيقة بشكل أكثر إيجابيه ويتم ذلك من خلال تسجيل الأفكار التي تدور في ذهنه بشكل دائم ومستمر، ومناقشتها مع المرشد، حتى يتم الوصول بالمسترشد ليقدر داخلها إذا كان الموقف أو الدليل الذي يدعم أفكاره السلبية منطقياً أو مشوهاً وتلقائياً سيتعرف على النقطة المشوهة في تفكيره، ويعيد

تشكيل الفكرة بطريقة عقلانية.

تركيبية الجلسة الإرشادية في النظرية المعرفية: مراجعة الحالة العامة للمسترشد، التشاور مع المسترشد حول أجندة اليوم، مراجعة الواجب البيتي من الجلسة السابقة، بدء العمل في نقطة معينة، تحديد المشكلة، تحديد الأفكار السلبية، تصليح الأفكار المشوهة، التشاور حول الواجب البيتي الذي يخص النقطة المطروحة ومناقشة السبب الذي منعه من القيام بالواجب أو التغلب عليه، الحرص على أخذ تغذية راجعة منه حول مشاعره (هل تأثر أو أنزعج من كلمة أو حركة قام بها المعالج أو طرحها)، التأكيد على أن كل ما دار بالجلسة قد فهم جيدا، إعادة جدولة الأشياء المهمة التي ربما ظهرت في الجلسة (Palmer & Szymanska, 1995: 302-306).

الأسلوب الثاني: الإرشاد السلوكي: ينبع هذا النوع من الإرشاد من النظرية السلوكية في الإرشاد ويعتمد بشكل أساسي على تقنيات تعديل السلوك. ويستعمل للتغلب على القصور الذاتي للمسترشد في التغلب على مشكلته.

ويتم ذلك عن طريق القيام بالخطوات التالية: تحديد السلوك المراد تعديله، تحديد الظروف التي يحدث فيها هذا السلوك، تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب، اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها، إعداد جدول بالتقنيات المراد استخدامها في تعديل السلوك (جبل، 2000: 260).

التقنيات المستخدمة في تعديل السلوك: ويستخدم أساليب مختلفة منها:

الكف المتبادل، التعزيز الموجب (الثواب)، التجاهل لبعض السلوكيات البسيطة، التعزيز السالب، الخبرة المنفرة، التدريب السلبي (شقيير، 2002: 185).

تمرين الاسترخاء: يقوم المرشد بتعليم المسترشد بعض التمارين التي تخفف من الشعور بالقلق والتوتر، مثل: التنفس بعمق، وحبس النفس لفترة، مع العد إلى 10، الارتخاء العضلي، والهدف منه توجيه المسترشد ليسترخي ويسيطر على التوتر العضلي لديه.

ضبط الذات: يعمل المرشد على تدريب المسترشد على ضبط سلوكه وعلى أنواع مختلفة من التمارين مثل: (ربط الأذرع للأمام ووضعها على صدره ثم انحناء الرأس للأمام حتى تلمس ذقنه أعلى صدره والاستمرار في هذا الوضع لمدة 10 إلى 15 دقيقة بما يحقق ضبط النفس، وعند الشعور بالغضب أخذ نفس عميق والعد في الذهن إلى 10 ثم التحدث) وغير ذلك.

التدريب التوكيدي: محاولة لدفع المسترشد إلى التعبير عن مشاعره بطريقة مقبولة اجتماعيا (تشبه التفريغ الانفعالي في النظرية التحليلية)، وفيها يقوم المسترشد بالتعبير عن مشاعره أثناء الجلسة مع تعزيز فعال من قبل المرشد، مع تكرار هذه العملية حتى ينتهي الشعور بالقلق

المصاحب للتعبير عن المشاعر، وأيضاً يتم العمل على تنمية قدرة المسترشد على التمييز بين دوره ودور الآخرين، وتحقيق الثقة بالنفس والقدرة على اختيار القرارات، ويقوم المرشد بتدريب المسترشد على ممارسة سلوك معين والابتعاد عن سلوك مناقض له، وتخليص المسترشد من عدم القدرة على المطالبة بحقوقه الاجتماعية أو الحصول عليها (الخطيب، 2000: 243).

الأسلوب الثالث: الإرشاد المعرفي السلوكي:

وهو طريقة إرشاد باستخدام كل من الإرشاد المعرفي والسلوكي معا في تعديل السلوك. التغيير في العلاج السلوكي المعرفي يتم في اتجاهين: تعديل طريقة التفكير (الجزء المعرفي)، مساعدة الشخص على خلق التحديات والفرص بحياته، وأخذ خطوات إيجابية للوصول إلى هدفه تعديل السلوك (الجزء السلوكي) (Bush, 2003: 1-7).

خطوات الإرشاد المعرفي السلوكي:

الجانب المعرفي (تحديد الأفكار) ويتضمن: تحديد الموقف الضاغط أو المشكلة أو الحدث، تحديد المزاج أو المشاعر المصاحبة للموقف، تحديد الفكرة الأولية الناتجة عن الموقف، تحديد المواقف التي تدعم الفكرة المشوهة، تحديد المواقف التي لا تدعم الفكرة المشوهة، تحديد الأفكار البديلة، تحديد الأهداف والأفعال، وضع خطة تفصيلية للتغلب على الموقف.

الجانب السلوكي ويتضمن: وقت تنفيذ الخطة، استخدام تقنيات تعديل السلوك من التعزيز، ضبط الذات، تقليل الحساسية التدريجي، الاسترخاء وغير ذلك للمساعدة في التطبيق، تحديد العقبات الممكنة عند التطبيق، سبل التغلب على العقبات، تسجيل التقدم (شاذلي، 2001: 199).

الأسلوب الرابع: الإرشاد المختصر: وهو إرشاد يهدف إلى حصول الفرد على أكبر فائدة إرشادية في أقل وقت ممكن ويستخدم الأساليب التي من شأنها إحداث الإقناع والتغيير في شخصيه المسترشد مثل التنفيس الانفعالي، الشرح، التفسير والإقناع (شقيير، 2002: 85).

ويستند على: التركيز على الحلول بدل المشاكل، اقتراح الاستثناءات في الحلول، التغيير يحدث دائماً، التغيير الصغير يؤدي إلى تغيير كبير، التعاون شيء أساسي بين المرشد والمسترشد، وأن المسترشد لديه كل الإمكانيات لحل مشكلته.

ويعد هذا النوع من الإرشاد ناجحاً في الوقت الحاضر الذي تميزه السرعة وكثرة الأعباء والأعمال لدي الأفراد الذين لا يجدون وقتاً كافياً لأساليب الإرشاد الأخرى.

عدد الجلسات في الإرشاد المختصر في الغالب 5 جلسات إرشادية ونسبة أقل من 5% يحتاجون

إلى 15 جلسة إرشادية (Feltham, 1997).

الأسلوب الخامس: العلاج التحليلي الشخصي (تحليل العلاقات):

هو نوع من أنواع العلاج النفسي الذي يكون فيه التركيز على علاقات الشخص مع العائلة، والأصدقاء، والطريقة التي يري فيه هذه العلاقات، وهو يعتمد على اكتشاف المشكلة في العلاقات. والهدف منه مساعدة الناس على تحديد وتعديل العلاقات الشخصية، فهم وتدبر وتعلم كيفية إدارة المشاكل في العلاقات (Stuarts & O'Hara, 1995: 18-29).

وفيه يتم التدخل في ثلاث مراحل خلال العملية الإرشادية:

المرحلة الأولى: يتم تحديد مكان المشكلة وكل ما يتعلق بها، وهذه المرحلة تقاد بواسطة المرشد الذي يقوم بأخذ وبناء تاريخ المشكلة بمساعدة المرشد على تحديد المنطقة التي توجد بها المشكلة في علاقاته.

المرحلة الثانية: تقاد بواسطة المرشد، والمرشد فقط يقدم المساعدة والتشجيع على التغيير.

في المرحلة الأخيرة: كلاهما معا يكتشفان ما تم التوصل إليه وما لم يتم، ويتم التركيز على المستقبل، وما هو التغيير المطلوب من قبل المرشد للحفاظ على الاستمرارية في التغيير (Frank et al, 1990: 1093-1099).

الأسلوب السادس: الإرشاد الديني: هو محاولة مساعدة الفرد لاستخدام المعطيات الدينية للوصول إلى حالة من التوافق تيسر له القدرة على تجاوز معاناته إلى الحد الذي تساعده على النجاح في الحياة (خضر، 2000: 219).

وفيها يحاول المرشد الوصول بالمرشد إلى الاطمئنان والاستقرار النفسي، وبهذا يصل المرشد إلى إحداث التوازن الكامل بين حاجاته ومتطلباته البيولوجية والنفسية، وتتمو شخصيته في إطار المعايير الأخلاقية والدينية والاجتماعية، لتصبح له شخصية قوية، وذلك باستخدام أساليب القرآن الكريم كعلاج.

طرق الإرشاد الديني:

1. **الاعتراف بالذنب:** ويتضمن شكوى النفس من النفس طلباً للغفران، والاعتراف فيه إفشاء الإنسان بما في نفسه إلى الله، فهو يخفف من عذاب الضمير، ويظهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها قال تعالى ﴿قَالَ رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنفُسَنَا وَإِن لَّمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ﴾ الأعراف آية 23 لذلك يجب على المرشد مساعدة المرشد على الاعتراف بخطايا

وتفريغ ما بنفسه من انفعالات ومشاعر الإثم المهددة.

2. التوبة: وهي طريق المغفرة وهي أمل المخطئ الذي تحطمه ذنوبه، وتشعر الفرد بالتفائل والراحة النفسية، وتؤكد الذات وتجعل الفرد يتقبل ذاته من جديد بعد أن كان يحتقرها، قال الله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا تَوْبُوا إِلَى اللَّهِ تَوْبَةً نَّصُوحًا عَسَىٰ رَبُّكُمْ أَن يُكَفِّرَ عَنْكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَيُدْخِلَكُم جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ﴾ سورة التحريم آية 8، وتتضمن التوبة الدعاء قال الله تعالى ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ﴾ غافر آية 60، وقال رسول الله صلي الله عليه وسلم (التائب حبيب الرحمن والتائب من الذنب كمن لا ذنب له).

3. الاستبصار: وهو الوصول بالمسترشد إلى فهم أسباب شقائه النفسي، ومشكلاته النفسية والدوافع التي أدت إلى ارتكاب الخطيئة والذنوب وفهم المسترشد لنفسه ومواجهتها، وفهم ما بنفسه من خير وشر وتقبل المفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا، قال تعالى ﴿وَإِنِّي لَغَفَّارٌ لِّمَن تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا ثُمَّ اهْتَدَىٰ﴾ طه آية 82.

4. التعلم واكتساب مهارات وقيم جديدة: بذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية واتخاذ أهداف واقعية مشروعة في الحياة، وهكذا يتم تكوين وتنمية النفس كسلطة داخلية أو رقيب نفسي على السلوك، ويتم تطهير النفس وإبعادها عن الرغبات المحرمة، ويستقيم سلوك الإنسان، قال الله تعالى ﴿وَأَقِمِ الصَّلَاةَ طَرَفِي النَّهَارِ وَزُلْفَا مِنْ اللَّيْلِ إِنَّ الْحَسَنَاتِ يُذْهِبْنَ السَّيِّئَاتِ ذَلِكَ ذِكْرَىٰ لِلذَّاكِرِينَ﴾ هود آية 114.

5. الدعاء: هو سؤال الله والالتجاء إليه في كشف الضر قال الله تعالى ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ﴾ غافر آية 60.

6. ذكر الله: وهو غذاء روحي مطمئن ومهدئ للنفس الإنسانية قال تعالى ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ الرعد آية 28.

فالدين هو الوسيلة لتحقيق الإيمان والأمان والسلام والأمن النفسي، وهو الطريق إلى الخلاص والسعادة ورحم الله ابن القيم الذي قال: "إن العلاج الديني هو أجود العلاج، وأنفعه، وأفضله وأنجعه وأكمله وأجمعه" (زهران، 1997: 361-358).

ثانيا: الإرشاد الأسري:

الإرشاد الأسري أسلوب من أساليب الإرشاد النفسي الجماعي، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد، وهو إرشاد يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل داخل الأسرة. ويقوم الإرشاد

الأسري على مجموعة من النظريات اشتق المرشدون منها مجموعة من الطرق والأساليب الإرشادية والعلاجية، وتهدف هذه الطرق والأساليب جميعاً إلى إعادة توثيق العلاقات بين أفراد الأسرة، وتحقيق توافق أفضل لكل الأفراد في الأسرة بما في ذلك المسترشد المقصود أصلاً بالإرشاد (الشناوي، 2005: 427).

دواعي استخدام العلاج الأسري:

اضطراب العلاقات الأسرية وتبادل الاتهامات والإسقاطات، اضطراب العلاقات الزوجية، واضطراب الأسرة وانهيائها (الزبادي والخطيب، 2000: 135).

للإرشاد الأسري العديد من الأهداف منها: تغيير نظام الأسرة، وتغيير الأنماط غير المناسبة في العلاقات الأسرية، مساعدة الأسرة على إيجاد القيم البناءة في حل مشكلات الأسرة الخاصة، وتقوية القيم الايجابية للأسرة، وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة، ومساعدتها على تدعيم كل ما يحقق التوازن والاستقرار الأسري، والعمل على تحقيق نمو الشخصية وأدائها لوظائفها في جو أسري دافئ، مساعدة الأسرة على رفع مستوى أدائها الاجتماعي، تحقيق التوازن والتماسك بين أعضاء الأسرة (العزة، 2000: 694-696).

والإرشاد الأسري يتضمن كل تقنيات الإرشاد الأخرى من سلوكية ومعرفية وتحليلية والإرشاد الوجودي، ولكن ضمن منظومة الأسرة وبشكل جماعي.

2. 3. المحور الثاني: الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

2. 3. 1. مفاهيم عامة:

نظرا للتطور الكبير الذي طرأ على الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية والذي حدث بشكل غير رسمي، خلال السنوات الماضية حتى تبنت منظمة الصحة العالمية فكرة الفريق الطبي المتعدد الجوانب ضمن مراكز الرعاية الصحية الأولية (Eatock, 2000).

حيث اعتبر أن تقديم الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمثابة ثورة في نظر المهنيين لإبعاد الإرشاد عن المراكز الخاصة (Hudson-Allez, 2000).

وترى الباحثة قبل البدء بالحديث المعمق عن الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية أنه لا بد من الحديث عن بعض المفاهيم المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية الأولية والحديث عن طبيعة الخدمات النفسية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. حتى يتسنى للقارئ فهم محور الحديث.

• مفهوم الصحة يعرف صالح الصحة بأنها هي انعدام المرض العضوي أو العجز، والقدرة على التكيف مع البيئة المحيطة به، وهذه تعكس صحة نفسية سليمة، والقدرة على التفاعل الاجتماعي بأن يكون الإنسان فرداً منتجاً ومنتجياً للمجتمع الذي يحيا فيه (صالح، 2003: 18).

• والخدمات الصحية تقدم في أماكن مختلفة منها ما يقدم في مراكز رعاية صحية أولية ومنها ما يقدم في المستشفيات، والبعض الأخر في مراكز التأهيل وداخل المجتمع.

• ولكل بلد وضع صحي يتناسب مع إمكانياته و مع الظروف التي يمر بها ولذلك سوف نتناول الوضع الصحي في فلسطين حتى نستطيع أن نبلور فكرة عن الجهاز الصحي الذي يقدم الخدمات بأشكالها وأنواعها المختلفة، وسوف نركز بشكل خاص على مراكز الرعاية الصحية والخدمات المقدمة بها لأنها محور الدراسة في هذا البحث.

2. 3. 2. الوضع الصحي في فلسطين:

على الرغم من النكبات المتتالية على الشعب الفلسطيني والتي تخلق وضعا صعبا العيش، والتكيف معه إلا أن النظام الصحي الفلسطيني قد تلائم مع هذه الظروف الصعبة، وحاول التغلب على كل هذه الصعاب. فحاول تقديم الخدمات الصحية على كافة المحاور، ولذلك قسمت خدماتها من قبل وزارة الصحة الفلسطينية إلى الخدمات الصحية الأولية، والخدمات

الثانوية (المستشفيات)، والخدمات التأهيلية.

2. 3. 3. تعريف الرعاية الصحية الأولية وأساسياتها:

سوف يتم التركيز في هذا المحور على الخدمات المقدمة داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولذلك سوف تقوم الباحثة بعرض تعريف للرعاية الصحية الأولية حسب ما تراه منظمة الصحة العالمية.

عرفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية: بأنها الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيا صالحة عملياً، سليمة عقلياً، مقبولة اجتماعياً، وميسرة لكافة الأفراد في المجتمع وبتكاليف زهيدة، وتعتبر الرعاية الصحية الأولية جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد الذي تعد وظيفته المركزية ومحوره الرئيسي، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع، وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون، وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 1989).

- أساسيات الرعاية الصحية الأولية: للرعاية الصحية الأولية بعض الأساسيات أو الموضوعات التي اعتمدت بواسطة منظمة الصحة العالمية، والتي يجب العمل عليها وهي: التغذية الصحي، والتغذية، والتطعيم، ورعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، والماء وتنقيته، والسيطرة على الأمراض الوبائية، ومعالجة الأمراض وتوصيل الدواء الأساسي (قطامش وآخرون، 2000: 14-15).

2. 3. 4. الخدمات الصحية المقدمة داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين:

أولت وزارة الصحة الفلسطينية اهتماماً كبيراً لتطبيق مبادئ الرعاية الصحية الأولية كما يشير لذلك تقرير وزارة الصحة (MOH، 2005) فعملت على توفير الخدمات الصحية وتطويرها وإمكانية وصولها إلى مختلف القطاعات الشعبية، بالإضافة إلى عدالة توزيع الخدمات بين مختلف فئات المجتمع وفي مختلف أماكن تواجده.

وتقدم الرعاية الصحية الأولية بواسطة مختلف مقدمي الخدمات الصحية من منظمات حكومية وغير حكومية ووكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين والخدمات الطبية والهلال الأحمر

الفلسطيني.

ولوحظ زيادة في عدد الزيارات من قبل المستفيدين في مراكز الرعاية الصحية الأولية ما بين عام 2003 عن عام 2005. (MOH, 2005) وقد اتسعت شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية من (454) مركزاً عام 1994 إلى (731) مركزاً عام 2005.

وتتضمن هذه المراكز مراكز لرعاية الأمومة والطفولة، والتلقيح بشأن المشاكل الصحية السائدة، وطرق الوقاية منها، وتوفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحية، والإمداد الكافي بالمياه النقية، ورعاية الأم والطفل، وتنظيم الأسرة، وبرامج التلقيح الصحي والنفسي داخل المدارس، والتطعيم ضد الأمراض المعدية، والوقاية من الأمراض المتوطنة ومكافحتها، والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة، وتوفير العقاقير الطبية (MOH, 2005).

وتهدف الرعاية الصحية الأولية إلى تحقيق أقصى قدر من اعتماد المجتمع والأفراد على أنفسهم، ومشاركتهم في تخطيط الرعاية الصحية الأولية وفي تنفيذها، ومراقبتها والاستغلال الأمثل للموارد المحلية والوطنية.

2. 3. 5. الخدمات النفسية المقدمة في قطاع غزة:

الخدمات النفسية لم توجد في قطاع غزة حتى بداية 1970، عندما تم افتتاح مستشفى الطب النفسي كمستشفى رئيسي في تقديم الخدمات (زقوت، 2001) وكان يتم علاج المرضى بواسطة أطباء تلقوا تدريباً على الموضوعات النفسية لمدة 6 شهور فقط. بينما المرضى الذهانيين كان يتم تحويلهم إلى مستشفى بيت لحم للطب النفسي التي كانت تعد الوسيلة الوحيدة المتاحة لمبيت المرضى.

تقديم الخدمات النفسية في قطاع غزة قد شهد تطوراً كبيراً في العقدين الأخيرين، حيث تقدم الخدمات النفسية عبر أربع أماكن (وزارة الصحة، وكالة الغوث الدولية، المنظمات الغير حكومية أو الخاصة).

بدأ الحديث عن تطور وتكامل الخدمات النفسية في فلسطين منذ عام 1989 بواسطة وكالة الغوث الدولية (UNRWA) وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، فقامت بوضع أول خطة للتعامل مع الأمراض النفسية وهدفت الخطة إلى:

تقديم الخدمات النفسية الضرورية التي تتضمن ليس فقط علاج الأمراض النفسية ولكن العمل على منع حدوثها، وتحسين الحالة النفسية لكل اللاجئين الفلسطينيين، وزيادة وعيهم للمفاهيم النفسية، وتقديم الخدمات النفسية داخل المدارس لتحسين ومنع بعض السلوكيات

للإجتماعية وعلاج اضطرابات التعلم عند الأطفال، بالإضافة إلى تشجيع كل اللاجئين إلى الاشتراك في تطوير وتقديم الخدمات الاجتماعية التي تساعدهم في بناء مجتمعهم.

فقامت بالتالي: تدريب الكوادر العاملة في مجال الصحة النفسية، وتطوير نظام خاص للمعلومات المتعلقة بالصحة النفسية وكيفية تحويل الحالات، وضع إستراتيجية للحصول على الأدوية النفسية تطوير الخدمات لمجموعات من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والعمل إعادة تأهيلهم، فوضعت خطة تفصيلية للعمل لمدة خمس سنوات، بدأ العمل في تطبيق هذه الخطة سنة 1990 وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر سنة 2001 فإن هناك تطوراً إيجابياً في تقديم الخدمات النفسية في وكالة الغوث الدولية في فلسطين (WHD, 2001).

سنة 1990 بدأ برنامج غزة للصحة النفسية بالعمل كمركز متخصص في علاج الاضطرابات النفسية، وتدريب الكوادر للعمل في مجال الصحة النفسية، وكذلك إجراء الأبحاث التي تظهر نسبة انتشار الأمراض النفسية في قطاع غزة وغير ذلك من الأنشطة.

وفي سنة 1994 بدأت وزارة الصحة الفلسطينية بالاهتمام بتطوير الخدمات النفسية المقدمة من قبلها بناء على توصيات منظمة الصحة العالمية بضرورة العمل على دمج الخدمات النفسية بداخل مراكز الرعاية الصحية الأولية والعمل على تطويرها فأصبحت تقدم الخدمات النفسية خلال 15 عيادة نفسية مجتمعية (5 في قطاع غزة، 1 متخصصة بشكل كامل في الصحة النفسية للطفل في خان يونس، 10 في الضفة الغربية) وهذه العيادات موزعة في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تبلغ (731 عيادة) في قطاع غزة والضفة الغربية (MOH, 2005).

وتنقسم الخدمات المقدمة إلى:

• **الخدمات الوقائية:** وفيها يتم إلقاء المحاضرات حول الأمراض النفسية، والمشاكل النفسية بهدف التقليل من وصمة العار المصاحبة للمشاكل النفسية، كما يتم خلالها الكشف المبكر للحالات التي تعاني من مشاكل نفسية خصوصاً من الأمهات والأطفال وزيارات منزلية لرفع الوعي اتجاه الأمراض النفسية وعمل ندوات داخل المدارس والروضات (17 لقاء جماهيري) **الخدمات العلاجية:** خدمات في المنزل (توصيل الدواء للمرضى غير القادرين على الوصول إلى العيادات) وبرنامج التدخل في الأزمات والطوارئ، والتعامل مع الحالات الحادة والمزمنة واستخدام أساليب العلاج المختلفة مثل العلاج النفسي والاجتماعي، وهناك حوالي (1967) حالة جديدة مسجلة عام 2005 (MOH, 2005).

• **الخدمات التأهيلية:** تدريب الكوادر الطبية حول الكشف المبكر والتدخل في الأمراض

النفسية.

ومن خلال الاطلاع على أنشطة وزارة الصحة الفلسطينية نلاحظ أنها حاولت أن تبدأ بتطبيق توصيات منظمة الصحة العالمية فبدأت بتدريب كوادرها ودمج الخدمات، ولكن لا تزال هذه الخدمات في طور البداية، وبحاجة إلى كثير من الدعم والمساندة والتطوير (MOH, 2005).

2. 3. 6. الأمراض النفسية ومعدل انتشارها في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

عندما يصاب الإنسان ببعض الأعراض النفسية يصبح لديه اعتقاد بأنه أصيب بشيء لا يمكن علاجه ويطلب العلاج إما من المعالجين التقليديين أو من المهنيين (Patel et al, 1997; Gater et al, 1991 and Kehoe, 1999) المتواجدين داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية ويشترك بذلك معظم بلاد العالم (Brodsky, 1988;Hansson,) (1997).

وأثبتت الدراسات أن معظم المرضى المترددين على عيادات الرعاية الصحية الأولية يعانون من أمراض ومشاكل نفسية ولا يتلقون الرعاية المطلوبة. (Weiller et al 1998;Peveler,1997) باستثناء المرضى النفسيين الذين يعانون من اضطرابات مزمنة أو حادة.

ويلجأ المرضى النفسيين بشكل عام والذين يعانون بشكل خاص من الاكتئاب والأمراض السيكوسوماتية لاستخدام مراكز الرعاية الصحية الأولية لطلب المساعدة ويعبرون عن شكواهم بأعراض جسدية مثل الصداع وسوء الهضم (Goldberg and Gater, 1996).

وأظهرت دراسة أجراها باتل وآخرون (Patel et al, 1997) أن مراكز الرعاية الصحية الأولية هي أول خط صحي رسمي يقدم الاستشارة للمرضى بنسبة 43% من المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية في زيمبابوي.

وفي دراسة أخرى أظهرت أن معظم الحالات الحادة يتم تحويلها إلى مراكز نفسية متخصصة من مراكز الرعاية الصحية الأولية هامليتون (Hamilton et al, 1996).

وأظهر بلينكر (Ballenger, 1997) أن 43% من مرضى الهلع يطلبون المساعدة لأول مرة من وحدات الطوارئ، وأن 15% من هؤلاء المرضى يُحضرون إلى مراكز الرعاية الأولية بواسطة الإسعاف.

وأضاف هانسون (Hansson et al, 1997)، أن معظم المرضى العصائبيين 67%،

و79% من المرضى السيكوسوماتيين لا يلجئون إلى مراكز متخصصة في تقديم الخدمات النفسية بينما يلجئون إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

معدل انتشار الأمراض النفسية في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

لقد سُجّل سواء في البلدان المتقدمة أو النامية أن مراكز الرعاية في معظم البلاد تعتبر المدخل في علاج عدد ليس بقليل من المرضى الذين يشكون من أعراض نفسية غامضة أو أمراض نفسية معينة (WHO, 1990).

حيث أظهرت دراسة أجريت بواسطة منظمة الصحة العالمية في 15 مركزاً في كل أنحاء العالم، أن نسبة انتشار الأمراض النفسية حسب تصنيف (ICD10) من المترددين على مراكز الرعاية الأولية كانت 24%. وأن 69% من الذين يعانون من أمراض نفسية يظهرونها بشكل جسدي ويترددون على الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية (Weiller et al, 1998).

وفي دراسة أخرى أجريت في قطاع غزة سنة 1998 لتحديد مدى انتشار أمراض النفسية. أظهرت أن 73% من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية يعانون من اضطرابات نفسية عند استخدام مقياس هوبكنز (Afana, 2003).

وفي نيوزيلندا أظهرت دراسة أن ثلث المترددين على مراكز الرعاية الأولية كانت لديهم أعراض نفسية أو اضطرابات نفسية خلال الإثني عشر شهراً الماضية (MaGPLE, 2003)، وأشار (Goldberg, 1999) أن معدل انتشار الأمراض النفسية يتراوح بين 10% إلى 30% وأن النسبة مرتفعة بين السيدات، ويمكن أن يكون ذلك نتيجة تعرضهم لاضطرابات الاكتئاب والقلق بشكل أكبر، كما أضاف أن الطبيب العام يقوم باستشارته 10% من أفراد المجتمع، وواحدة من كل خمس استشارات تعزى لأسباب نفسية، وأظهرت دراسة أخرى أن 77% من الاستشارات النفسية تجرى عادة بواسطة الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية (Al Haddad, 1999)

وبالرغم من ارتفاع نسبة انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية إلا أن قدرة الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الأولية على التعرف على الأمراض النفسية لا تزال ضعيفة.

ففي دراسة أجراها (Weiller et al, 1998) وجد أن 48.9% من المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية في 15 مركزاً للرعاية الصحية الأولية في دول العالم يتم التعرف عليهم، والقليل جداً منهم فقط يتلقى الخدمات النفسية.

وفي دراسة أخرى أجراها داوول (Dowell, 2004) أن الطبيب العام لا يستطيع التعرف على 50% من المرضى المصابين بالاكتئاب.

وأظهرت دراسة أجريت في قطاع غزة أن الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية استطاعوا التعرف على 11.6% من المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية (Afana,2002).

ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدة عوامل، منها ما تتعلق بالمريض مثل: طبيعة الشكوى، وحدة الأعراض (Teifion, 2004)، وإخفاء الشكوى الحقيقية كنتيجة لشعور بوصمة العار الاجتماعية (Al-Issa, 1995).

وهناك عوامل تتعلق بالأطباء، مثل: معتقداتهم اتجاه المرض النفسي، والمهارات والمعلومات الموجودة لديهم و التي تساعدهم على اكتشاف الأمراض (2004; Afana, 2002; Teifion).

وهناك عامل يتعلق بمحدودية الوقت، وعدد المرضى الذين يراهم الطبيب خلال اليوم، والتي تحد من إمكانية قدرته على جمع المعلومات من هذا العدد الكبير في وقت محدود (Froom et al, 1995).

2. 3. 7. دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

بناءً على ما سبق ذكره من دراسات وغيرها لا يتسع المجال لذكرها حول معدل انتشار الأمراض النفسية في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، وارتفاع هذا المعدل، وحول قدرة العاملين في داخل المراكز على تشخيص وتقديم الرعاية المطلوبة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات وعلى الرغم من الدور الكبير الذي يقومون به إلا أن قدرتهم أو معرفتهم لا زالت محدودة، هذا بالإضافة إلى أنهم يفتقرون إلى الوقت لمعالجة ومتابعة هؤلاء المرضى؛ نتيجة كثرة العدد في بعض الأحيان أو قلة الكوادر في أحياناً أخرى، ونتيجة الاتجاهات السلبية التي توجد عند العامة وحتى المهنيين.

بدأ الحديث داخل منظمة الصحة العالمية حول وضع السبل والطرق لتغلب وتغير هذه الاتجاهات وتدريب العاملين، وغير ذلك، ولذلك أوصت بدمج الخدمات النفسية بشكل كامل في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية في كل بلاد العالم (Swaran et al, 1998).

وعلى الرغم من ذلك لم تقم 12 دولة في أوروبا بدمج الخدمات النفسية في داخل مراكزها، بينما قامت 22 دولة بالدمج بشكل جزئي، وقامت 16 دولة فقط بالدمج الكامل للصحة

النفسية في داخل مراكزها منها بريطانيا، وحوالي 71% من الدول ذات الدخل المتوسط قامت بتدريب الكوادر لديها بشكل كامل على تقديم الخدمات النفسية، وحوالي 62% من الدول ذات الدخل العالي قامت بالتدريب وهذا يجعلنا نعيد التفكير في أن الموارد المالية يمكن أن تكون عقبة في تدريب الكوادر أو في دمج الخدمات داخل المراكز (WHD, 2001).

2.3.5. الأساليب المقترحة لدمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

سواء عالميا أو دوليا ليس هناك طريقة واضحة لدمج الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكن كل دولة أو حتى كل برنامج قدم الخدمات النفسية حاول أن يطور المهارات والأساليب التي تتناسب مع المجتمع الذي يعيش فيه، بالإجمال هذه تعتبر نقطة ضعف وقوة في نفس الوقت حسب النتائج الأولية والدراسات السابقة التي درست هذا الموضوع. ويمكن دمج الخدمات النفسية في الرعاية الصحية الأولية بأربع طرق من وجهة نظر لامبرت (Lambert) وهي:

- **التنوع (Diversification):** تنسيق خدمات الرعاية الصحية والأساسية والنفسية في منظمة واحدة لها نفس النظام والقوانين.
- **الترابط (Linkage):** تقدم الخدمات النفسية في مركز الرعاية الصحية الأولية خلال عملية مستمرة ومنظمة، ولكن لكل منها نظام خاص منفصل.
- **الإحالة (Referred):** يقوم مقدم الخدمات الطبية بتحويل الحالات التي تحتاج إلى خدمات نفسية بطريقة رسمية أو غير رسمية إلى مكان آخر يوجد به من يقدم الخدمات النفسية لهم، ولكن يجب أن يكون العاملون في مراكز الرعاية الصحية الأولية مدربين على تشخيص الاضطرابات النفسية عند الحالات.
- **التحسين (Enhancement):** هو تدريب مقدمي الرعاية الصحية الأولية، وتحسين قدرتهم على القيام بالاكشافات، وتزويد الخدمات النفسية إلى مرضاهم بشكل مباشر (Lambert , 2003:16).

2. 3. 9. الفوائد المرجوة من دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الأولية:

لدمج الخدمات النفسية الكثير من الفوائد التي تعود على كل أفراد المجتمع، وعلى وجه الخصوص المريض والمرشد والعاملين بالمجال الطبي، وكذلك الدولة، فدمج الخدمات يساهم في الحصول على خدمة جيدة وبتكاليف أقل (Cost Effectiveness) من فتح عيادات نفسية متخصصة ومنفصلة (WHO, 2005).

كما أنها تسهل من عملية اكتشاف وعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية وبالتالي، تقلل من الشعور بالعجز الناتج عن هذه الاضطراب (WHO, 2005).

وتساعد على التخفيف من وصمة العار المصاحبة للأمراض النفسية، والتي يشعر بها المريض عند تردده على عيادات متخصصة (Corny & Jenkins, 1993; WHO, 2001). ويساهم الدمج في سهولة الحصول على الخدمات النفسية وقت الحاجة (WHO, 2005; Kates et al, 2001).

ووجود المرشد بجوار الطبيب من الممكن أن يساعد على تعزيز ثقة المريض به، وسرعة تقبله لتلقي هذا النوع من الخدمات (Mohatt & Kirwan, 1995)، ويزيد من فرصة الحصول على رضا كلا من المريض وعائلته (WHO, 2005).

وعلى مستوى المهنيين يساهم الدمج في رفع مهارات العاملين بالمجال الطبي داخل المراكز على التعرف والتعامل مع المشكلات النفسية، ويعمل ذلك على تحسين عملية الاتصال والتعاون بين المجالين ويقلل الضغط الناجم عن التعامل اليومي مع بعض المرضى (Kates et al, 2001)، ويمكن أن يساعد المرشد بعض العاملين على التغلب على بعض المشكلات التي من الممكن أن تطرأ خلال العمل، وبذلك يشعر المرشد بأنه جزء لا يتجزأ من الفريق الطبي، وليس بمعزل عنه (Mohatt & Kirwan, 1995).

2. 3. 10. معوقات دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

لدمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية بعض المعوقات التي تتنوع وتختلف، فمنها ما يتعلق بالمؤسسة التي تقدم الخدمات سواء كانت هذه الخدمات نفسية أو طبية، مثل: قلة الاتصال بين المؤسسات، وعدم وجود تعاون كافٍ بينها، ووجود العاملين بالمجال النفسي في أغلب الأحيان في المناطق المدنية (Rosen & Jenkins, 2003)، ومنها ما يتعلق بسياسية الدولة اتجاه الدمج، مثل: وجود الفصل بين المجالين النفسي والطبي، وقلة الدعم المالي

الموجه إلى المجالات النفسية (Corny & Jenkins, 1993; WHO, 2005).

وهناك معيقات أخرى تتعلق بالمريض واتجاهاته السلبية اتجاه المرض النفسي، ومقدمي الخدمات النفسية، وتمسك المريض بالحصول على الدواء كوسيلة لحل مشاكله، وهناك معيقات تتعلق بالعاملين في المجال الطبي، مثل: قلة التدريب على المواضيع النفسية (Rosen & Jenkins, 2003)، وعدم توفر الوقت الكافي اللازم للتعرف على هذه الاضطرابات نتيجة العدد الكبير من المرضى الذين يترددون على العيادات الصحية الأولية (Summit, 1998; WHO, 2005).

وكذلك وجود صعوبة في التكيف مع دور جديد من الممكن أن يعتقد البعض أنه يمثل ضغطاً إضافياً، فيولد لديه رفض لتعاون والتكيف، بالإضافة إلى الاتجاهات السلبية الموجودة عند البعض اتجاه المرض النفسي والعاملين معهم (Kates, 2002).

وهناك معيقات تتعلق بالعاملين في المجال النفسي أنفسهم، فلا يوجد اتصال كبير بينهم وبين العاملين بالمجال الطبي، وقلة عددهم، ومحدودية العدد الذي من الممكن أن يروه من المرضى اليوم (Corny & Jenkins, 1993)، كما يرى البعض أن وجود المرشد في داخل المراكز يحد من إمكانية اختيار المريض للعلاج أو المعالج (McLeod, 1988).

يجب أن يحقق دمج الخدمات النفسية بعض الأهداف حسب ما اتفق عليه مؤتمر الصحة النفسية المنعقد في الدانمرك سنة 2005 وتبنته منظمة الصحة العالمية وهي: التعرف والتشخيص (الاكتشاف المبكر) على الاضطرابات النفسية، وتقديم الأدوية الأساسية والإرشاد النفسي للحالات المزمنة والخفيفة، ومنع تدهور الحالة ووصولها للمرض النفسي، والحفاظ على الصحة النفسية وتحويل الحالات المعقدة إلى أخصائيين في تقديم الخدمات النفسية، وتقديم التنقيف للأسرة والمجتمع حول الموضوعات النفسية، والتدخل بالأزمات، وتحسين التعاون وتعزيزه مع مؤسسات المجتمع المختلفة (WHO, 2005).

لكل دولة طريقة مختلفة في دمج الخدمات النفسية داخل مراكزها، حيث قامت الكثير من الدول بدمج الخدمات النفسية داخل مراكزها، فمنها من قام بالدمج الكامل أو الجزئي. فالجمهورية الإسلامية الإيرانية تعتبر متميزة بالدمج الكامل للخدمات النفسية في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث إنها بدأت بدمج الخدمات النفسية كتجربة أولى سنة 1987، وقامت بدمج التعليم الطبي وتقديم الخدمات في وزارة واحدة، وتم تقديم التدريب الكافي والإشراف والمتابعة لكل العاملين في المجالين، فأصبح لديها نظام مدعوم بحوالي 700 طبيب نفسي وحوالي 100000 سرير تم دمجهم داخل المستشفيات العامة (WHD, 2001).

وفي مملكة البحرين تمت عملية دمج كاملة للخدمات النفسية في مراكزها، وجعلت كل مركز يحتوى على أشخاص يقدمون الرعاية الطبية، وأشخاص متخصصين يقدمون الخدمات النفسية في نفس المكان، وقامت بتدريب كل الكوادر الطبية لديها على كيفية تشخيص الأمراض النفسية. وقد اعتبرت من الدول الرائدة في موضوع دمج الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية (WHD, 2001).

وفي فلسطين ترى الباحثة أن هناك تطوراً في الخدمات النفسية بالتحديد في قطاع غزة والذي تأثر بالكثير من العوامل منها السياسية والاجتماعية والثقافية، وتقدم هذه الخدمات لجيل من الأشخاص يعانون من المشاكل النفسية على مدار سنوات متتالية، والذين عانوا من الاحتلال، والانتفاضة الأولى والثانية، والآن لا يزالون يعانون من الحصار، وغير ذلك من الأوضاع الصعبة جداً، التي يصعب على أي إنسان أن يتعايش ويتكيف معها، والتي تولد عدد من الاضطرابات النفسية والجسدية كنتيجة للتعرض للضغوط بشكل مزمن، وهذا يتطلب تقديم الكثير من الخدمات النفسية التي تعمل على مساعدة هذه الفئة للتكيف والتعايش مع أوضاعهم، ولذلك كان لا بد من الاطلاع على الخدمات المقدمة لهم.

2. 3. 11. جمعية أرض الإنسان والخدمات النفسية:

في سنة 2004 قامت جمعية أرض الإنسان والتي تعتبر مركز رعاية صحي أولي، ولكن غير حكومي باستشارة برنامج غزة للصحة النفسية حول الطريقة التي يمكن استخدامها لدمج الخدمات النفسية في مراكزها ودعم ومساندة وزارة الصحة الفلسطينية في تقديم العون والمساعدة في هذا المجال، وكذلك للعمل على الوصول إلى المنتفعين بداخل مراكزها إلى مستوى رعاية مرتفع، فكانت النتيجة محاولة تطبيق برنامج بأسس ونظم مختلفة عن البرامج الأخرى الموجودة في قطاع غزة كتجربة أولية، وهو دمج مقدمي الخدمات النفسية مع مقدمي الخدمات الطبية داخل المراكز بشكل يومي في مؤسسة واحدة لها نفس النظام الذي يحكم الجميع، بالإضافة إلى تدريب مقدمي الخدمات الطبية على بعض المفاهيم النفسية وبعض الوسائل التي تساعد على اكتشاف الأشخاص الذين يعانون من المشاكل النفسية، وتجعل لديهم القدرة على فهم طبيعة عمل الأخصائيين النفسيين الموجودين بجوارهم، بالإضافة إلى تحويل الحالات التي تتطلب التدخل من طاقم أكثر تخصصاً في تقديم الخدمات النفسية إلى برنامج غزة للصحة النفسية (تقرير جمعية أرض الإنسان، 2004).

وبذلك يكون هذا البرنامج قد طبق دمج الخدمات النفسية بالطرق الأربع التي وضعها

لامبرت (Lambert)، وليس تفضيل طريقة على أخرى. وفي هذا البرنامج نحن بصدد تقييم مدى فاعلية العملية العلاجية بداخله ولكن من وجهة نظر المنتفعين من هذه الخدمات. الخطوط العريضة لبرنامج الدعم النفسي في جمعية أرض الإنسان أنظر (ملحق 1).

2. 3. 12. دور المرشد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

يؤدي المرشد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية العديد من الأدوار والمهام:

1. يقدم الدعم النفسي لكل أفراد الفريق الطبي:

• حيث أظهر الأطباء الذين يعملون بالتعاون مع المرشد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية قدرة كبيرة على تقدير عملهم ومناقشة مشاعرهم اتجاه المرضى وعلاقتهم معها، فطراً تحسن على قدرتهم على فهم المشاعر المتولدة لديهم في العمل، وأصبحت لديهم القدرة على العمل على تقديم الأفضل للمرضى من خلال مناقشة الحالات مع الفريق الطبي، وفهم ظروف المريض، وكل ما يحيط بحالته، ووضع سواء من ناحية نفسية أو جسدية (McLeod, 1992).

• يقوم المرشد بدور المعلم لبقية الفريق الطبي بطريقة غير مباشرة، من خلال بعض مهارات الإرشاد التي يستخدمها في تعامله مع المرضى فيصبح الآخرون والمحيطون به من الفرق الطبية بطريقة لإرادية أو إرادية، يتبنون سلوكه من حيث استقبال المريض والتعامل معه وغير ذلك، ومن الممكن أن ينظم عدداً من ورشات العمل للفريق الطبي كجلسة أو جلستين للحديث عن مهارات الإرشاد (Rowland, 1992).

• يقوم المرشد بدور إرشادي لأعضاء الفريق الذين هم بحاجة إلى ذلك، ويساعدهم في حل مشاكلهم الداخلية.

2. تقديم الإرشاد للمرضى: وهنا ينحصر دور المرشد في:

- التعرف على المرضى الذين يعانون من مشاكل عاطفية أو انفعالية مبكراً.
- منع تطور المشكلات النفسية التي يعاني منها المريض ووصولها إلى الحد المرضي (Martin, 1988).
- التعامل مع كافة المشاكل النفسية باستخدام أساليب الإرشاد المختلفة معهما كانت مشكلة أو عمر المريض أو مكان تواجده (Corney, 1986).

3. تحويل المرضى: وهنا يقوم المرشد بتحويل الحالات التي بحاجة إلى علاج نفسي أو إرشاد نفسي مكثف طويل الأمد إلى مركز متخصص خارج العيادة الطبية، وذلك لأن مثل هذه الحالات تكون قد وصلت إلى درجة الاضطراب النفسي (Rowland, 1992).

2. 3. 13. مدة وعدد الجلسات في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

الإرشاد يركز بدرجة كبيرة على المشكلة، ولذلك يعتبر الأنسب للتطبيق داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، ويقضي المرشد ما يقارب من خمسين دقيقة في الجلسة الواحدة، ويستخدم الأساليب الإرشادية المختلفة من خلالها.

وعدد الجلسات المسموح فيها داخل مراكز الرعاية الأولية مختلف عليها، وسبب هذا الاختلاف وجود أساليب مختلفة للتطبيق داخل الجلسات الإرشادية الفردية، ووجود فروق في طبيعة المشكلات التي من الممكن التعامل معها ووجود اختلاف في المرشد والمسترشد.

وبعد إجراء الكثير من الدراسات والبحوث في هذا السياق تم التعارف على أن عدد الجلسات في مراكز الرعاية الأولية تكون من 6 إلى 10 جلسات وكحد أقصى 15 جلسة، ولكن يجب أن لا تتعدى ذلك؛ لأنها ستصبح علاجاً طويل الأمد.

والمريض الذي يكون بحاجة إلى جلسات أخرى يجب أن يتم تحويله إلى مراكز متخصصة في تقديم الخدمات النفسية خارج مركز الرعاية (Corney & Jenkins, 1993).

2. 3. 14. الاضطرابات النفسية التي يتم التعامل معها داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

يتعامل المرشد النفسي داخل مراكز الرعاية الأولية مع الحالات الطارئة مثل حالات العنف المنزلي، الاعتداء الجسدي على الأطفال، والفقدان المفاجئ، كما يتعامل مع المشاكل في العلاقات والمشاكل السلوكية والجنسية، وفقدان الثقة بالذات، والحالات التي تشكو من الفقر والبطالة، وحالات القلق والاكتئاب وغير ذلك (Corney & Jenkins, 1993).

وستقوم الباحثة بعرض مختصر لبعض الاضطرابات النفسية التي تتمحور حولها الدراسة الحالية.

2. 3. 14. 1. اضطراب القلق:

تعريف القلق: يمكن أن يعرف بأنه حالة انفعالية تنشأ من الخوف من مجهول وتمثل بأنها نوع من عدم الراحة الذهنية، ويعتبر القلق قوة دافعة تشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر، والاهتمام الزائد، وعدم الراحة أو عدم الاستقرار، أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد (العيسوي، 1993: 70).

أسباب القلق: الاستعداد الوراثي، والاستعداد النفسي، ومواقف الحياة الضاغطة، والضغط الثقافي والبيئية والحضارية الحديثة، وعدم التطابق بين الذات والواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات، والتعرض للخبرات الحادة (عاطفياً، تربوياً، واقتصادياً)، وكذلك الخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة (محمد، 2004: 135).

الأسباب الدينية للقلق:

1. عدم الاستيعاب لحقيقة الصلة بين الإنسان وبين الله عز وجل ﴿إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ سورة الأحقاف آية 13.
2. عدم وضوح أهمية الهدف من رسالة الإنسان.
3. التعرض للنقد والتشكيك وانخفاض معنويات الإنسان.
4. التفكير المستمر والملزم بالحياة المعيشية والمستقبل المعيشي.
5. إحساس النفس بالتوائها عن الطريق الذي يؤدي إلى شقائها واضطرابها (الخطيب، 2000: 447-450).

أنواع القلق:

- **القلق العادي:** وهو القلق العام الذي يمر به كل الناس خلال حياتهم اليومية، مثل: قلق الأم نحو مرض ولدها، وقلق الشخص الذي يتوقع مقابلة لوظيفة أو دراسة، وقلق الطالب قبل الامتحانات.
- **القلق المرضي (العصابي) Anxiety Neurosis:** وهو داخلي المصدر، وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة، ولا مبررة ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، ويخلق عند الشخص أعراض نفسية وجسمية شديدة متنوعة.
- **القلق الثانوي:** هو قلق بمثابة عارض من أعراض الاضطرابات النفسية (عبد الله، 2001: 173).

• **أعراض القلق:** يستجيب الجسم للقلق استجابات عدة، أهمها: زيادة تنبه الجهاز العصبي اللاإرادي، وخاصة السمبثاوي منه، فينهض الجسم لمواجهة التهديد غير المعلوم فتصبح العضلات متوترة ويسرع التنفس وتزداد ضربات القلب، من هنا نقول بوجود تغيرات نفسية وعضوية في القلق هي بمثابة أعراض وعلامات له.

فمن الأعراض النفسية: التردد وصعوبة اتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة، وحساسية اتجاه بعض المثيرات، والنرفزة والشروذ، وعدم الاستقرار، وتوقع الشر والمصائب، والشعور بالعجز، والشعور بالعزلة والإنفراد والضيق وسوء الظن والتشاؤم أحيانا.

ومن الأعراض العضوية: زيادة ضربات القلب، وضيق في التنفس، وصداع وتقيؤ، وارتجاف، وآلام في الظهر، والتعب، واضطرابات هضمية (إمساك، إسهال)، واضطرابات في التغذية (شهية زائدة، فقدان شهية)، واضطرابات في النوم (أرق أو نوم زائد)، واضطرابات بالمعدة، وتكرار التبول، وعدم الاهتمام الجنسي، واضطرابات الطمث، وتغيرات بيوكيماوية مثل زيادة إفراز الغدة الكظرية، واضطرابات الغدة الدرقية (عبد الله، 2001: 176).

قياس القلق وتشخيصه: نعتمد في تشخيص القلق العام على التصنيف الأمريكي الذي نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في آخر دليل لها، هو الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (1994) "DSMIV"، فقد حدد هذا التصنيف "الرابع" أنه يجب توافر ثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية؛ لكي نشخص الحالة على أنها قلق عام. هذه الأعراض هي: العصبية والنرفزة، والإحساس بزيادة التوتر والغليان، وضعف التركيز وضعف الذاكرة أو الشعور بالتخدر العقلي، وصعوبة الدخول في النوم (أرق)، وأحلام مزعجة ونوم متقطع، وتوتر وآلام العضلات (صداع، الشد على الأسنان)، وسرعة التعب والإرهاق.

الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي: القلق الحاد (حالة الخوف أو الهلع)، والقلق المزمن، واضطراب القلق، والاكتئاب المختلط، واضطراب الهلع، والقلق الرهابي، واضطراب الرهاب، واضطراب الوسواس القهري، واستجابة الكرب الحادة، واضطراب الكرب بعد أو عقب الصدمة.

2. 3. 14. 2. اضطراب الاكتئاب:

لابد وأنا قد مررنا جميعا بفترات الحزن في أوقات مختلفة. وكلنا يعرف كيف يتأرجح مزاجنا هبوطا أو صعودا، أحيانا دون سبب واضح، وأحيانا حسب ما نمر به من أحداث يومية. هذا من طبيعة الحياة، ولو كان الأمر ليس كذلك لكانت مملة. فالأيام الطيبة والسيئة، السعيدة

والحزينة جزء من الحياة وكل إنسان لابد وأن يمر بساعات من الانحطاط، وخيبة الأمل واليأس. وعادة ما تنتهي هذه الحالات بسرعة، ويستطيع الإنسان تجاوزها دون مساعدة علاجية.

ولكن عندما لا يتمكن الإنسان من تحمل الإحساس بالانقباض والحزن، ويصبح حملاً ثقيلاً عليه أو عندما تستمر هذه المشاعر لوقت طويل، ويصبح عاجزاً عن أداء أبسط الواجبات أو يقوم بها بجهد، فلا بد من أن يلجأ للمساعدة العلاجية النفسية.

ونظراً للانتشار الواسع للاكتئاب في الوقت الراهن وخصوصاً بين حالات البرنامج فسوف نتعرض له ببعض التفاصيل.

تعريف الاكتئاب النفسي: الاكتئاب النفسي هو المرض الذي يؤثر بطريقة سلبية على طريقة التفكير والتصرف، ويصاب به الذكور والإناث على حد سواء، الصغار والكبار والمسنين، لا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة، ولا المستوى المادي، والجميع عرضة للإصابة به.

أن الاكتئاب النفسي مرض يصاب به الإنسان، فيجعله يعاني من الأعراض التالية: شعور بالإحباط والزهق والملل، وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة، واضطرابات بالنوم (صعوبة في النوم أو كثرة)، وفقدان الشهية للأكل أو الإفراط في الأكل بشراهة، وسرعة التعب من أي مجهود، وصعوبة في التركيز والتذكر واتخاذ القرارات، ونظرة تشاؤمية للماضي والحاضر والمستقبل، والتفكير في إيذاء النفس أو المحيطين كالانتحار أو القتل، والشعور بالذنب (رضوان، 2002: 372-374).

الأسباب وراء ارتفاع معدل الإصابة بالاكتئاب عند المرأة أكثر من الرجل: التكوين العاطفي للمرأة وخبرات التعلق والفقد، والتغيرات البيولوجية المتلاحقة، والعمل المستمر بلا راحة (المهدي، 2004: 146-145).

وترى الباحثة أن هناك أسباب أخرى من الممكن أن تضاف في المجتمع الفلسطيني:

1. كون المرأة الفلسطينية تعيش في ظل ثقافة ما زالت تمنح الرجل السيطرة الكاملة عليها.
2. والعيش تحت سلطة الاحتلال الإسرائيلي، ومع كل هذا لا تختلف كثيراً عن أي امرأة تعيش في منطقة الشرق الأوسط أو في أي جزء من العالم.

فكل هذه الأسباب مجتمعة تجعل المرأة الفلسطينية عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، وليس فقط اضطراب الاكتئاب.

2. 3. 14. 3. الضغوط النفسية:

تعرّف الضغوط النفسية على أنها مجموعة المواقف الاجتماعية والتغيرات التي تعتبر هامة وخطيرة وغير سارة، والتي ينجم عنها إحداث توتر وانفعال لا يؤدي إلى الإخفاق والشعور بالفشل. أن الضغوط النفسية عبارة عن مجموعة من الأعراض التي تتزامن في حدوثها مع تعرض الفرد ضاغطة ومهددة لذاته، ينتج عنها أيضا الاستجابات الانفعالية الحادة والمستمرة.

تشكل الضغوط النفسية أساس بقية الضغوط الأخرى، وهو العامل المشترك لكافة أنواع الضغوط سواء كانت اجتماعية أم مادية أم مهنية أو أسرية.....الخ (الخوaja، 2001: 86).

بعض الإنذارات التي تشير إلى تزايد الضغوط النفسية عند الأفراد:

اضطرابات النوم، اضطرابات الهضم، اضطرابات التنفس، خفقان القلب، التوجس والقلق على أشياء لا تستدعي ذلك، والاكتئاب، والتوتر العضلي، وكذلك الشد العضلي، والغضب لأتفه الأسباب والتفسير الخاطيء لتصرفات الآخرين أو نواياهم، والإجهاد السريع، و تلاحق الأمراض والتعرض للحوادث (الخوaja، 2001: 89).

2. 4. المحور الثالث: تقييم الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

2. 4. 1. تعريف التقييم (Evaluation):

هو عملية تحديد القيمة، وهو عملية نقدية هامة تكشف مدى فاعلية البرنامج ومدى نجاحه أو فشله في تحقيق أهدافه، وهو عملية جماعية تعاونية يشترك فيها المسؤولون عن البرنامج تخطيطاً وتنفيذاً، وحتى الذين يخدمهم البرنامج، فالكل يشترك في عملية التقييم، وهي عملية مستمرة (زهرا، 2003: 508).

وعرفه (عودة، 2000: 35) بأنه يعني قيمة الشيء أو بمعنى التثمين، حيث تعتمد قيمة الشيء على مدى وفائه بالحاجات، كأن ينظر إلى الأهداف العامة في مجتمع معين على أنها ذات قيمة أو ثمينة بالنسبة لذلك المجتمع، فبالنظر يمكن أن يضع المربون حداً للتساؤل حول مدى فاعلية أو أهمية برنامج معين كتعليم لغة ثانية إلى جانب اللغة الأم في الصفوف الدنيا.

2. 4. 2. الهدف العام للتقييم:

الهدف من التقييم يختلف باختلاف الغرض الأساسي منه، ولكن يمكن اعتبار الهدف الرئيس له الحكم على قيمة شيء بغض النظر عن هذا الشيء (Worthen et al, 1997). ويرى (زهرا، 1998: 509) أن الهدف من التقييم هو الإصلاح والتصحيح والتحسين، وتلافي أوجه النقص في خدماته ووسائله وطرقه وتنفيذه.

2. 4. 3. المبادئ التي يستند إليها التقييم السليم:

حتى يكون التقييم ناجحاً وفعالاً لا بد أن يركز على مبادئ يستند إليها، وهي: تحديد الغرض من التقييم، وأن يكون هناك عدل وإدراك لجميع العناصر التي تحتوي الموضوع، وأن يكون هناك قبول لجميع الحلول المقترحة، ويجب أن تكون نتائج التقييم واضحة لجميع المعنيين به، وأن يكون بمنهجية سليمة، وأن يكون معقول التكلفة، وأن يتم اختيار أدوات التقييم الملائمة للأهداف، وأن يتوفر الوعي بمصادر الأخطاء المحتملة في عملية التقييم مثل أخطاء الصدفة، والالتزام بالتوقيت الزمني لعملية التقييم أمر لازم وضروري (عبيدات، 1988: 66-69).

2. 4. 4. أنواع التقييم:

• نوع التقييم حسب الفترة الزمنية التي يجري بها:

1. التقييم التكويني (Formative evaluation): هو جمع بيانات تهدف إلى تعديل أو مراجعة عملية ما أثناء بنائها، ويترتب عليه قرارات تؤدي إلى مراجعة المشروع أو عمل بعض التعديلات عليه أو وقف البرنامج حتى لا تهدر الأموال على برامج غير سلمية.
2. التقييم النهائي (Summative evaluation): يهدف إلى الحكم على البرنامج بعد إتمام تطبيقه أي بعد أن يتم تنفيذه بشكل كامل لفترة من الزمن، ويحدد مدى فعالية البرنامج (علام، 2003: 276).

• نوع التقييم حسب نوع المعلومات التي تجمع:

1. التقييم الكمي: وهو التقييم الذي يعتمد على المعلومات الرقمية ويشار إليها عادة بأدوات القياس حيث توفر هذه الأدوات معلومات كمية.
2. التقييم النوعي: الذي يعتمد على المعلومات التي يتم جمعها بالملاحظة، وفيه يوصف السلوك وصفا لفظيا (عودة، 2002: 37).

• نوع التقييم حسب الطرف المقوم: التقييم الذاتي أو الداخلي، التقييم المستقل أو الخارجي، التقييم المتعدد الأطراف داخلي-خارجي.

• نوع التقييم حسب المرحلة في البرنامج المقوم:

1. تقييم المدخلات: حيث تعتمد فعالية أي برنامج على ما يتوفر من إمكانيات مادية أو بشرية.
2. تقييم العمليات: أي التقييم الذي يتم أثناء تنفيذ البرنامج، وهو يصف ويقوم مواد التقييم ونشاطاته.
3. تقييم النواتج: تقييم إنجازات البرنامج وتأثيره وآثاره، ويركز على الآثار الآنية والمباشرة للبرنامج على المشاركين (عودة، 2002: 41).

2. 4. 5. نماذج التقييم:

هناك ثلاثة نماذج هي الأكثر استخداما في بحوث التقييم، ونظرا للتداخل الكبير بينها، لأنه لا يوجد حدود فاصلة بين النماذج، لذلك يفضل ماكميلاً وشوماكر

(McMillan & Schumacher, 1984) استخدام مسمى طريقة التقييم بدلا من نموذج التقييم. والنماذج الثلاثة هي:

1. التقييم القائم على الأهداف.
2. التقييم القائم على تحليل النظم والتكاليف.
3. التقييم من أجل اتخاذ القرارات (أبو علام، 1998:280).

2. 4. 6. النموذج المتجه نحو اتخاذ القرارات CIPP:

النموذج الذي ستستخدمه هذه الدراسة في تقييم البرنامج: هو التقييم الموجه نحو اتخاذ القرارات (Management Oriented Approach)، لأن لهذا النموذج مجالات أكبر من النماذج الأخرى المستخدمة في عملية تقييم البرامج. وهو عبارة عن عملية منتظمة مستمرة، الهدف منها تحديد القرارات التي يجب اتخاذها، ويتضمن جمع البيانات وتحليلها، للحصول على النتائج التي تساعد صناع القرار على اتخاذ القرارات المتعلقة بتطوير البرنامج وإدخال بعض التعديلات عليه أو إلغاء مثل هذه البرامج.

التطور التاريخي للنموذج المتجه نحو اتخاذ القرارات: بدأ هذا النموذج في الظهور عام 1960 بواسطة ستافليمن (Stuffleam, 1968)، عندما وجد قصورا في نماذج التقييم القائمة. فقام هو وآخرون من العلماء بدراسة منتظمة تدور حول الإدارة وقرارات التعليم، وحاولوا أن يضعوا بعض النقاط التي تساعد في أخذ القرارات التعليمية، وأخذ بعض المفاهيم الإدارية وإدخالها في عملية تقييم البرامج الدراسية وليس فقط التركيز على تحقيق هذه البرامج لأهدافها فقط.

بواسطة هذا أصبح مقوم الخدمات أو البرامج يعمل بالقرب من الإدارة المركزية، أو كجزء مقرب منها لمساعدتها على أخذ القرارات المناسبة عن طريق جمع المعلومات الكافية حول الفوائد والمساوئ في البرامج القائمة، وبذلك يُخلق جوٌّ عادلٌ في اتخاذ القرار حول برنامج معين. ولكن يجب الاتفاق على بعض المفاهيم قبل الدخول إلى محتويات هذا النموذج من التقييم:

- أن التقييم هو عملية جمع معلومات، والمعلومات التي سيتم جمعها ستستخدم بالدرجة الأولى من قبل صناع القرار؛ لتبني البرامج أو إيجاد طرق بديلة للعمل.
- سيتم تقديم هذه المعلومات على شكل يمكن استخدامها عمليا، ولا يكون بها تشويش أو تضليل، والأنواع المختلفة من القرارات ستحتاج إلى أنواع مختلفة من التقييم.

الإطار النظري للنموذج المتجه نحو اتخاذ القرارات: سيتم استخدام طريقة (Stufflebeam) في التقييم وهي (CIPP) وتضم أربعة أنواع من التقييم:

1. تقييم السياق (Context Evaluation): يستخدم من أجل التعرف على الكيفية التي سينفذ فيها البرنامج، والكشف عن احتياجات الأفراد، ومن خلال هذا التقييم تتم الإجابة عن بعض التساؤلات منها: هل ينبغي تقديم مثل هذه البرامج؟ ما هي الفئات المستفيدة؟ هل المجتمع بحاجة لها؟ ما الأهداف الممكنة التي يسعى البرنامج لتحقيقها؟ وما محتواها؟ وغير ذلك.

2. تقييم مدخلات البرامج (Input Evaluation): وفيه يتم تقييم الإمكانيات المتوفرة، مثل: التكلفة، والمدة الزمنية، والعقبات الممكنة، والخيارات أو الإستراتيجيات البديلة، وخطة العمل المقترحة للوصول إلى أفضل النتائج.

3. تقييم عمليات البرامج (Process Evaluation): الهدف منها هو الوصول إلى معلومات حول درجة تطور البرامج. وهو يعد بمثابة تقييم بنائي للبرنامج، حيث تجمع فيه البيانات عن سير البرنامج أو عملياته، حيث تتم دراسة العلاقات التفاعلية بين الأفراد، وقنوات الاتصال، وأنماط العمل والعاملين فيه، ومدى ملائمة موقع التنفيذ، ومدى كفاية الإمكانيات المادية والموارد والأنشطة، وغير ذلك، ويهدف إلى التعرف على نقاط القوة والضعف في الخطط، وتحديد ما هي الأشياء التي تحتاج إلى مراجعة، وبمجرد جمع البيانات يمكن التدخل مباشرة لإجراء تعديل في أداء البرنامج أثناء تطبيقه، وليس الانتظار حتى ينتهي تماما.

4. تقييم مخرجات البرامج (Product Evaluation): وهو بمثابة تقييم ختامي للبرنامج، وفيه يتم الربط بين تقييم السياق والمدخلات والعمليات، ويتم التعرف على مدى تحقيق البرامج الأهداف المرجوة منه وهل غطي الحاجة التي أوجدها؟

وتساعد هذه المعلومات على معرفة لماذا تحققت الأهداف؟ ولماذا لم تتحقق؟ ومدى فاعلية الخدمات، وكل هذه المعلومات من الممكن أن تساعد صناع القرار على حذف أو تعديل أو الاحتفاظ أو توسيع البرنامج أو الخدمات (علام، 2003) (Worthen et al, 1997).

الهدف من النموذج المتجه نحو اتخاذ القرارات في التقييم: يركز على جمع المعلومات بالعديد من الطرق لمساعدة صناع القرار في اتخاذ القرارات بالنسبة لتطوير البرنامج، أو اعتماده للتنفيذ الشامل، والهدف منه هو تحسين الأنشطة وإجراءات البرامج.

فوائد استخدام هذا النموذج المتجه نحو اتخاذ القرارات:

- يؤدي إلى اتخاذ قرارات تسمح بالقيام بتقييم سليم للبرنامج.

- بداية التقييم تبدأ مع بداية فكرة البرنامج أي أن البرنامج لا يقوم على مخرجات منعزلة؛ لأن جمع البيانات تشمل المدخلات وعملية التطبيق والمخرجات وخطط البرنامج كذلك.
 - يساعد على تشخيص نواحي القوة في البرنامج وكذلك الآثار الجانبية لها.
 - يجري الاهتمام بدرجة تنفيذ البرنامج قبل تقييم مخرجات البرنامج.
- الصعوبات التي تواجه المقوم المستخدم للنموذج المتجه نحو اتخاذ القرارات:**
- قد يقف بعض صناع القرار ضد استخدام هذا النموذج لما سينتجه من تناقضات ومشكلات قد تتجم عمماً يتخذ من قرارات بشأن التغيير في طريقة التطبيق.
 - قد يؤدي التكاليف بين صناع القرار والمقوم إلى الحصول على بيانات متحيزة.
 - أن القرارات كثيراً ما تصاغ في عبارات غير واضحة ولا تحدد بدائلها بشكل قاطع مما يؤدي إلى تغيير معناها بمرور الوقت (Worthen et al, 1997).

2. 4. 7. خطوات التقييم:

من الحقائق الثابتة أن التقييم يخضع لأسلوب المنهج العلمي، والتقييم كعملية يشتمل على عدة خطوات هي:

1. تحديد الهدف من التقييم بدقة: سواء كان هذا الهدف جزئياً أو شاملاً.
2. تحديد المعايير أو المحكات: يجب ألا تكون المعايير المستخدمة في التقييم غير واضحة أو معقدة أو يصعب فهمها، بل يجب أن تكون واضحة ومفهومة للقائمين بالدراسة التقييمية، بحيث تمكنهم من قياس النتائج على أساسها دون عناء أو اختلاف في تفسير النتائج التي يتم التوصل إليها.
3. قياس المعايير: والمقصود بقياس المعايير هو مطابقة الخاصية أو التغيير الذي يقيم على أساس من المعايير الموضوعية، بحيث تحصل الخاصية أو يحصل التغيير على نسبة ودرجة معينة من هذه المعايير.
4. تحديد منطق التقييم: هي الأدوات والوسائل التي عن طريقها يتم إحداث التغييرات المستهدفة.
5. جمع البيانات: يستخدم الباحثون أكثر من وسيلة، أداة، ويجوز استخدام وسيلة واحدة عند جمع البيانات ومن هذه الوسائل (الملاحظة، الاستقاء، التسجيل، الاستبانة).

6. تحليل البيانات: بعد أن تتم عملية جمع البيانات العامة ينتقل ما جمع منها إلى مراحل أخرى، تتمثل في التدقيق بها ومراجعتها وتبويبها وتفريقها ثم تحليلها.
7. تحديد النتائج: (استخلاص النتائج ومناقشتها): نتائج الدراسة هي (مجموعة الإجابات و الاستخلاصات التي توصل إليها الباحثون، الذين قاموا بإجراء الدراسة التقييمية، بعد تحقيقهم لفروض أو تساؤلات دراستهم) (خضر، 1996: 470).

2. 4. 8. معايير التقييم في الإرشاد:

- تحقيق التوافق العام والصحة النفسية.
- نقص المشكلات الشخصية والمشكلات الانفعالية وزيادة التوافق الشخصي.
- انخفاض قلق التحصيل وتحسن التحصيل المدرسي.
- تحسن الاتجاهات والسلوك والشعور بالأمن والاستقرار.
- شعور العملاء بالرضا عن البرنامج وعن عملية الإرشاد بصفة عامة، حيث يشملهم جميعاً ويقدم الخدمات بكفاءة ونجاح.
- زيادة استخدام خدمات الإرشاد وزيادة الإقبال التلقائي عليها.
- رضا المسؤولين عن نتائج الخدمات الإرشادية.
- زيادة اهتمام المسؤولين بالبرامج الإرشادية (زهران، 1998: 511).

2. 4. 9. أهمية التقييم في الإرشاد:

- الكشف عن مدى فعالية ونجاح العملية العلاجية في تحقيق أهدافها.
- وتقرير مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة أو أفضل طريقة معينة من طرق العلاج على الطرق الأخرى (الشناوي، 1996: ملحم، 2001)
- دراسة مدى نمو شخصية المسترشد ومدى التغيير الذي يطرأ على حالته ومدى توافقه النفسي وتمتعته بالصحة النفسية (خضر، 1996; ملحم، 2001: 368).

2. 4. 10. أبعاد التقييم في الإرشاد:

- **تقييم العملية:** يصف ويقيم مواد التقييم ونشاطاته، و يزودنا بمعلومات عن الوسائل التي تستخدم لتحقيق النتائج بمعنى آخر يزودنا بمعلومات عن كل الجوانب التي تؤدي إلى نتائج الإرشاد سواء كانت عوامل علاجية أو غير علاجية (الشناوي، 1996: 477).
- **تقييم الناتج:** يعتمد على تقييم إنجازات البرنامج وتأثيره ويركز على الآثار الآنية والمباشرة للبرنامج على المشاركين، وتفيد البيانات التي تجمع في تقييم نتائج الإرشاد كلا من المرشد والمسترشد، فهي تعمل كوصلة معلومات تساعد على تثبيت أو إعادة تثبيت أو إعادة تحديد مجال المشكلة الذي تم اختياره، وكذلك الأهداف المحددة، كما أنها تساعد المرشد على اختيار واستخدام الإستراتيجيات التي من المتوقع أن تساعد المسترشد، والفائدة الأولى التي نحققها من تقييم النتائج هي الحصول على معلومات حول الدرجة التي تحققت بها أهداف المسترشد (الشناوي، 1996: 477).
- **تقييم آثار البرنامج:** فإنه يتخطى النتائج الآنية للسياسات المرسومة والتدريس والخدمات التي يقدمها البرنامج ليحدد الآثار بعيدة المدى والآثار غير المقصودة للبرنامج (الدوسري، 2004: 190).

2. 4. 11. متغيرات التقييم في الإرشاد:

متغيرات التقييم في الإرشاد يجب أن تشمل كلا من:

- المرشد: وخبرته واتجاهاته ومهاراته وأخلاقياته وشخصيته وغير ذلك.
- المسترشد: ومدى إقباله واستبصاره وتكامل شخصيته.
- المشكلة أو الاضطراب ونوعها ومدتها وحدتها.
- ظروف العمل العلاجي الإرشادي مثل الزمان والمكان وتوافر المعلومات والوسائل.
- طريقة الإرشاد: ومدى كفاءتها وتمرس المرشد في استخدامها (ملحم، 2001: 368).

2. 4. 12. طرق التقييم في الإرشاد:

تتعدد طرق تقييم البرنامج الإرشادي باختلاف الهدف الرئيسي من عملية التقييم هي:

الدراسات والبحوث: تجري لتقييم الخدمات والميزانية وأسلوب التنفيذ والمشكلات.

- مقارنة طرق الإرشاد المختلفة: على الرغم من أن كل الطرق تؤدي إلى التوافق إلا أنه من المستحسن مقارنة كل الطرق لتحديد أنسبها للعملاء والعاملين وظروف المؤسسة.
- دراسة التغييرات السلوكية: دراسة التغيير الذي يطرأ على المريض أو المسترشد وهي من أشهر الطرق المستخدمة وتتم بالاختبارات القبلية والبعديّة، وفيها يتم تحديد كم التغيير السلوكي واتجاهه.
- متابعة النجاح الفعلي للعملاء: وذلك عن طرق متابعة حالات الذين تلقوا الخدمات في حياتهم الشخصية وتعليمهم وعملهم.
- رأي العاملين: ونقصد بهم المرشدين والخبراء، وهم الذين يعرفون القوة والضعف والقصور والتقصير والظروف المساعدة والمعوقة.
- رأي العملاء: باعتبارهم أصحاب المصلحة الحقيقية والذين يعد البرنامج من أجلهم ويستطيعون تقدير مدى استفادتهم تنموياً ووقائياً وعلاجياً (زهران، 1998: 511-512).

2. 4. 13. التخطيط لتقييم الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

عند تخطيط تقييم الإرشاد في مراكز الرعاية الأولية يجب أخذ النقاط التالية بعين الاعتبار:

- الدور الذي يقوم به المرشد داخل المركز.
- خصائص المرضى المحولين للمرشد [البيانات الديمغرافية، المشاكل النفسية والاجتماعية، سبب التحويل].
- خصائص المرضى الذين لم يحضروا أو تسربوا من العلاج.
- نوعية العلاج المقدم للمريض وعدد الجلسات التي قدمت له. [عدد المرات التي حضر فيها المريض لتلقي الجلسات، وعدد المرات التي لم يحضر فيها، مدة الجلسات، نوعية التدخل الذي تلقاه المريض].
- نظرة المرشد عن مدى فاعلية العلاج المقدم لكل مريض على حدة.
- اتجاه المريض والمهنيين الآخرين عن وجود الإرشاد داخل مراكز الرعاية الأولية.
- نظرة المريض عن مدى فاعلية العلاج المقدم له (Corney & Jenkins, 1993).
- هل وجود الإرشاد والمرشد خفف من الضغط على المهنيين الآخرين.

سهتم الباحثة في هذه الدراسة بتقييم العمليات والنواتج ورضا المنتفعين كجزء من تقييم النواتج، وتغيير الاتجاهات الموجودة عند السيدات عن العملية الإرشادية العلاجية في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، كجزء من الخدمات النفسية المقدمة في البرنامج، ولذلك سيتم بشيء من التفصيل عرض كل من تقييم العمليات والنواتج ورضا المنتفعين وأخيراً الاتجاهات مع محاولة تطبيقه على الدراسة.

2. 4. 14. تقييم العمليات (Process Evaluation):

تقييم الإرشاد يتضمن نوعاً من المراقبة المستمرة وهو ما نسميه تقييم العملية، وهذا التقييم يزودنا بمعلومات عن الوسائل التي تستخدم لتحقيق النتائج، بمعنى آخر يزودنا بمعلومات عن كل الجوانب التي تؤدي إلى نتائج الإرشاد، سواء كانت عوامل علاجية أو غير علاجية. وتقييم العمليات بحاجة إلى جمع البيانات بشكل مستمر أثناء عملية الإرشاد، فهو يراقب إستراتيجيات الإرشاد أو المتغيرات المستقلة (الشناوي، 1996).

ويتم إجراء تقييم العمليات لعدة أسباب وهي تكون واضحة إذا كان الهدف من التقييم واضحاً، والأسباب هي:

- المساءلة أو المحاسبة أو التفسير (Accountability): وفيها يتم التعرف على ما إذا قد حقق البرنامج أو العملية العلاجية ما خطط لتحقيقه.
- تطوير وتحسين البرنامج أو العملية أثناء التطبيق؛ لأنه يقدم معلومات حول كل الجوانب التي تحتاج إلى تحسين وتطوير، فمثلاً تقييم النواتج من الممكن أن يظهر تناقضاً في عملية جمع المعلومات.
- لمساعدة الآخرين على خلق خدمات مشابهة في مناطق مختلفة (Work Book4,2000).

وفي تقييم العمليات تتم الإجابة عن التساؤلات التالية:

- هل البرنامج يخدم من صمم لخدمتهم؟ هل الأنشطة طبقت كما يجب؟ أين توجد المشاكل في التطبيق (في الوصول للمكان، مدة الجلسة، طريقة تقديم الرعاية، اللغة المستخدمة من قبل المرشد، مكان تقديم الخدمة أو غير ذلك)؟
- ما هي المعلومات الديمغرافية للمرضى المشاركين في التطبيق (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي، نوع المواطنة، المستوى التعليمي، طريقة التحويل)؟

- ما هي خصائص المرضى الذين أكملوا العلاج مقارنة مع الذين انسحبوا منه؟
 - ما هو التغيير الذي طرأ على حالة المريض؟
 - كم عدد ومدة الجلسات التي حصل عليها المريض؟ وكم عدد الجلسات التي تغيب عنها؟
- والإجابة على مثل هذه الأسئلة رغم أنها تقريبية يمكن أن تساعد المرشد على التخطيط للجلسات المقبلة للإرشاد، ويحدث في بعض الأحيان أن يكون تقييم عملية الإرشاد بعيداً في نتيجته عن تقييم نتائج الإرشاد، وعلى سبيل المثال فإن المرشد قد يعطي تقديرات موجبة عالية حول الإرشاد بينما تظهر قياسات النتائج أنه لم يحدث تقدم كافٍ.
- وقد يرجع ذلك إلى مجموعة من الأسباب منها: أن تكون مقاييس النتائج غير حساسة للتقدم الحقيقي الذي أحرزه المرشد، و أن تكون طريقة الإرشاد المستخدمة بحاجة إلى فترة أطول من الزمن لتظهر نتائجها، أو أن يكون المرشد مغالياً في تقدير العملية أثناء الجلسة الإرشادية مجاملة منه للمرشد وفي هذه الحالات، ومهما كان سبب الاختلاف بين تقييم العملية وتقييم النواتج فإن المرشد عليه أن يفحص البيانات الخاصة بعملية الإرشاد، وأن يقدر مدى حساسية وصدق مقاييس النتائج، ويناقش هذا الاختلاف مع المرشد، ويمكن أن تستخدم صورة تقييم العملية في جمع بيانات حول كل جلسة أو عند أوقات مختلفة أثناء تكوين خطة التدخل أو أثناء وبعد الإرشاد كما يمكن استخدام نماذج مقننة لوصف إستراتيجيات الإرشاد (الشناوي، 1996: 477-502).

2. 4. 15. تقييم النواتج (Out Come Evaluation):

تقييم النواتج يوفر لنا معلومات حول كيفية الوصول للنتائج المرغوبة، ويقيس التغيير الذي طرأ على المريض، وإذا ما كانت العملية العلاجية قد لعبت دوراً في التغيير الذي طرأ على حالته، فهو يهدف إلى قياس مدى فاعليته العملية العلاجية (الشناوي، 1996; Work Book7, 2000).

تقييم الفاعلية أو الناتج لبرنامج معين أو نشاط، يتضمن التعرف على التغيير في الحالة الجسدية، المعرفية، السلوكية واتجاهات بعض المنتفعين من خدمات البرنامج، ولتوضيح أن التغيير الذي طرأ على وضع المنتفع ينبع كنتيجة للنشاط أو البرنامج أو الخدمة المقدمة وليس نتيجة عوامل أخرى، ولذلك يتم استخدام الاستبانات التي تعبأ قبل وبعد الجلسة أو البرنامج، وهي تقيس التغيير على المدى القصير (work book7, 2000).

بعض الأسئلة التي من الممكن أن تعبر عن تقييم النواتج:

- هل طرأ تحسن على جودة حياة المريض كنتيجة للعلاج؟
- هل طرأ انخفاض في حدة الأعراض أو المشاكل التي يعاني منها المريض كنتيجة للعلاج؟
- هل ساهمت مشاركة المريض في العلاج في تحسين وضعه النفسي؟

الهدف من تقييم النواتج:

1. إذا كان هناك تطبيق نموذجي لبرنامج فهناك الكثير من الأشخاص سوف يكونون معنيين بالتعرف على مدى فاعلية العلاج في الواقع ومنهم: المريض، وأفراد أسرته، وأعضاء الفريق المقدم للخدمات، والحكومة، والمؤسسات التي تنطبق نفس البرنامج، ممولي البرنامج، وأخيراً كل أفراد المجتمع.

2. إذا طرأ تحسن على حالة المريض فمن الممكن أن يكون ذلك نتيجة لعدد كبير من الأسباب وليس بالضرورة كنتيجة لمشاركة المريض في الجلسات العلاجية ومن هذه الأسباب:

- أمور جانبية تحدث خلال العملية العلاجية أو بعدها: مثل فقد علاقة معينة أو وظيفة أو تغيير مكان السكن أو التعرف على صديق مقرب، وغير ذلك من الأمور التي تحدث و تتفاعل مع نتيجة العلاج.
- نضج المريض: مع مرور الزمن ينضج الكثير من الناس في التعامل مع مشاكلهم كنتيجة لتقدمهم في السن.
- العوامل المحايدة أو الكبت: وهي أي تغيرات تحدث في السلوك أو الأوضاع في الفترة الزمنية التي يتلقى فيها المريض الجلسات وتؤثر تأثيراً مباشراً على نتيجة العلاج.

ولذلك عليك أن تقوم بتقييم النواتج للتعرف على التغييرات الإيجابية التي طرأت على حالة المريض والسبب الحقيقي وراء هذا التغيير (work book7, 2000).

2. 4. 16. تقييم رضا المنتفعين:

الرضا مثله كمثل الكثير من المصطلحات النفسية التي من السهل فهمها، ولكن من الصعب أن تضع تعريفاً واضحاً لها. فمصطلح الرضا يتداخل مع مصطلحات أخرى مثل

السعادة والقناعة (contentment) وجودة الحياة.

ويمكن أن يعرف الرضا بطريقة بسيطة وعملية بأنه الدرجة التي يتم بها الوصول إلى الهدف المراد أو المرغوب فيه. ويعتبر رضا المنتفعين: عبارة عن اتجاه، ومعرفة، وخبرات الشخص اتجاه الخدمات الصحية. والرضا يعكس كلا من الأمور الوجدانية والعقلية والعاطفية والخبرات السابقة والتوقعات وشبكة العلاقات (Keegan et al, 2003).

يتم الوصول إلى الرضا عندما يكون انطباع المريض أو المنتفع عن جودة الرعاية والخدمات الصحية التي تلقاها ايجابياً ومرضياً ويلبي احتياجاتهم.

بدأ الاهتمام برضا المنتفعين بشكل كبير بسبب اعتباره مؤشراً لجودة الخدمات الصحية وتحسين الصحة بشكل عام وذلك نتيجة لـ:

- التركيز المتزايد على ضرورة إشراك المجتمع وتلبية حاجات المنتفع بشكل شامل (Doherty, 2003).

- زيادة تكلفة الخدمات الطبية أو الصحية بالمقارنة مع فاعليتها.

- التركيز على الاهتمام بتحسين سير العملية العلاجية.

- سهولة وصول المريض أو المستفيدين لمعلومات حول الخدمات الصحية وخيارات العلاج المتاحة (Lutz & Bowers, 2000).

وتقييم رضا المنتفعين من الممكن أن يوضح:

- مدى المصداقية والاعتمادية بأن الخدمات قد قدمت على الوجه الأكمل والأنسب.

- مدى الاستجابة للخدمات، ومدى ولاء مقدمي الخدمات للوصول إلى حاجات المرضى.

- مدى احترام مقدمي الخدمات.

- مدى الشعور بالأمان عند الحصول على الخدمات خصوصاً فيما يتعلق بسرية المعلومات وخصوصيتها (Workbook 6, 2000).

2. 4. 16. أهمية دراسة رضا المنتفعين:

- فاعلية أي جهاز مرتبطة بمقدرته على تامين حاجات المنتفعين الاستراتيجيين من خدماته.
- يعتبر مؤشر هام على جودة الرعاية المقدمة حسب الدراسات المختلفة، لأنه يوفر

المعلومات حول مدى نجاح مقدمي الخدمات في العمل وفق تقييم المريض ومدى تحقيقها لتوقعاتهم، ولذلك محاولة قياس مستوى رضا المنتفعين عن الخدمات وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية والنفسية ووضع السياسات المتعلقة بها.

- يتطلب تقديم خدمات طبية ونفسية فعالة وجود مشاركة من قبل متلقي الخدمات، ويمثل استطلاع آراء المرضى حول الخدمات الخطوة الأولى الصحيحة والضرورية لتطوير قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمات وبين مقدميها.
- بجانب كون رضا المرضى هدفاً للرعاية الطبية في حد ذاته، يمكن النظر إليه أيضاً باعتباره وسيلة لتحقيق أهداف أخرى فمن المتوقع أن يكون المريض الراضي أكثر تعاوناً مع الأطباء وجهاز التمريض وأكثر قبولاً وتنفيذاً لتوصياتهم وتوجيهاتهم من المريض غير الراضي، الأمر الذي يؤدي إلى الوصول إلى التشخيص السليم والعلاج الملائم، أما المريض غير الراضي عن الخدمات الطبية المقدمة له فلن يكون متعاوناً بالصورة المطلوبة بل يصعب التعامل معه وكذلك معالجته (الحمد و الشهيبي، 1990: 17-19).

2. 4. 16. 2. العوامل التي تؤثر بالرضا:

عند دمج رضا المرضى في داخل الجهاز الصحي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار قدرة المريض أو المنتفع على فهم ما يُسأل عنه والقدرة على التعبير عن آرائهم ومشاعرهم بطريقة فعالة ومفيدة. وهناك عوامل مهمة تؤثر في رضا المنتفعين أو المرضى ومنها ما يتعلق بالمستوى الثقافي لهؤلاء المرضى وقدرتهم على الفهم، وجود إعاقات جسدية أو حسية، و مشاكل في اللغة، والعرق والثقافة.

- العناصر الاجتماعية المتواجدة في المجتمع يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار مثل المستوى الاقتصادي، والعوامل الديمغرافية مثل السكن في المدينة أو المناطق الحدودية ووسائل التكنولوجيا.
- الدراسات السابقة التي اهتمت برضا المنتفعين معظمها أظهرت أن 80% أو أكثر من المرضى راضون عن الرعاية الصحية التي يتلقونها مع وجود نسبة قليلة جداً من الاستجابات السلبية في هذا الصدد (Doherty, 2003).
- توقعات المرضى: تلعب دوراً كبيراً في الوصول إلى رضا أو عدم رضا المريض (Williams, 1994). والتوقعات تتأثر بالكثير من العوامل التي لها دور كبير في تشكيلها وبالتالي في تشكيل وتكوين الرضا أو عدمه وهي:

1. **الحاجات الشخصية:** كل شخص يتلقى الخدمة تكون في داخله حاجة أو رغبة يرغب أو يتمنى الحصول عليها أو يتوقع أن تلبي له، وهذه الحاجات تختلف من شخص إلى آخر ومن خدمة إلى أخرى (Judge & Soloman, 1993).
2. **الخبرات السابقة:** وهي تقوم بتشكيل التوقعات ومثال على ذلك عندما يتلقى أحد المرضى معاملة ممتازة من أحد الأطباء فإنه يتوقع أن يحصل على نفس الرعاية من طبيب آخر.
3. **كلام الناس أو الإعلام:** وفيها يتم نقل خبرات الأصدقاء أو العائلة حول خدمة معينة إلى كل أفراد الأسرة، ويقوم الإعلام بعرض الخدمات بطرق مختلفة، وبذلك يساهم في تشكيل توقعات المنتفعين من الخدمة.
4. **وسائل الاتصالات الواضحة** مثل المواد المطبوعة، و النشرات وغير ذلك تلعب دوراً كبيراً في تشكيل التوقعات (Judge & Soloman, 1993).
5. **سمعة المؤسسة أو الخدمة:** وهي تساهم في رفع أو خفض التوقعات حول الخدمة.
6. **معتقدات وقيم الشخص:** ومثال على ذلك الأشخاص المؤمنون بتشجيع الخدمات العامة من الممكن أن يغفروا لها وجود بعض التقصير في بعض الخدمات.
7. **طبيعة المريض:** مثل الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الشخص، الجنس، العرق (Judge & Soloman, 1993).
8. **العمر:** المرضى كبار السن في الأغلب، يسجلون درجات عالية من الرضا (Williams&Calnan, 1991;Pope&Mays,1991;Owens&Batchwlor,1996) والتفسير المحتمل لذلك يتعلق بأن توقعاتهم من الخدمات تكون قليلة أو أنهم يمتنعون عن التعبير عن عدم رضاهم.
9. **المرض:** بعض الدراسات أظهرت أن المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة، والذين لديهم بعض ضغوطاً نفسية يسجلون درجات منخفضة من الرضا (Hall & Miburn, 1998; Cleary et al, 1992).
10. **وجود خبرة سابقة بالرضا عن الخدمات:** أظهر (Crow et al, 2003) في مقال له وآخرون أن الرضا مرتبط بوجود رضا مسبق عن الخدمات الطبية ويمنحه المريض برغبته وموافقته.
11. **العلاقة التي تربط بين المريض والمهنيين بالمجال:** من أهم الأمور التي تؤثر بالرضا

في المجال الطبي هي العلاقة التي تربط بين المريض ومقدم الرعاية الطبية.

12. اختيار مقدم الخدمة: وهو مرتبط بشكل وثيق مع مستويات مرتفعة من الرضا فعندما لا يملك المريض خيارات اختيار مقدم الخدمة أو نوعية العلاج، فإن ذلك يُولد داخل المريض عدم الشعور بالرضا (Crow et al, 2003).

13. الجنس والعرق والحالة الاقتصادية: الدلائل حول كيفية تأثير هذه العوامل على الرضا لا تزال هناك جدال حولها نتيجة وجود عدد قليل من الدراسات حول علاقة هذه العوامل والرضا عن الخدمات المقدمة (McGee, 1998; Crow et al, 2003).

2. 4. 16. 3. النماذج التي تحدثت عن الرضا:

ظهرت الكثير من النماذج التي حاولت أن ترسم صورة عن الطريقة التي على أساسها يمكن رسم تصور حول رضا المنتفعين وطريقة تكوينه. وسوف تقوم الباحثة بعرض موجز لأهم النماذج المستخدمة في تفسير الرضا:

1. النموذج التوكيدي وغير توكيدي (Disconfirmed Model of Satisfaction & Confirmed Model): وهو يركز على مدى توكيد أو عدم توكيد توقعات المنتفع، والرضا ينتج من التفاعل بين التوقعات والإدراك الحقيقي للخدمات المتلقاة.

2. النموذج العادل (Equity Theory): ومن وجهة نظر هذا النموذج فإن الرضا يحدث عندما يشعر المنتفع بوجود توازن بين تكلفة الخدمة (Input) والفائدة المرجوة منها سواء كانت هذه التكلفة مالياً أو وقتاً أو جهداً والفائدة هي النتيجة (output) التي حصل عليها بعد تلقيه الخدمة (Donovan et al, 2001).

3. Attribution theory النموذج السببي: وهو يؤكد أن المنتفع يحاول أن يحدد السبب وراء خبراته الإيجابية أو السلبية، وهذه الأسباب تركز على تحديد من المسئول عن النتيجة، والتي حصرتها النظرية في مستقبل الخدمة، ومقدمها، والبيئة المحيطة، والسبب الآخر هو التركيز على ثبات هذه الأسباب (Donovan et al, 2001).

4. النموذج الأدائي (Performances Theory): رضا المنتفعين يعود بشكل مباشر لخصائص الخدمة المقدمة لهم. وهي الحصيلة الشخصية لاستخدام أو تلقي الخدمة، وتعتمد على أن الرضا شيء شخصي يختلف باختلاف متلقيه (Donovan et al, 2001).

2. 4. 16. 4. رضا المنتفعين بين تقييم العمليات والنواتج:

هناك العديد من المدارس التي حاولت أن تحدد ماذا يحدد أو يوجه إدراك الناس للخدمات التي يتلقونها؟ وإحدى أهم هذه الأدوات كانت (SERVQUAL)، وهي تضم مجموعة من العناصر والعوامل هي:

- مدى تطبيق الخدمات: ويقصد فيها التسهيلات العينية، وتوفير الأدوات، وتواجد مقدمي الخدمات في أماكن عملهم، ومدى سهولة فهم وسائل أو مواد الاتصال.
- واقعية الخدمات: تقديم الخدمات على أرض الواقع والتطبيق وليس الاكتفاء بالوعود.
- الاستجابة لطلبات المنتفعين، ومقدار الثقة والمصداقية في التعامل.
- إظهار التعاطف والاهتمام من قبل مقدمي الخدمات إلى المنتفع.
- مقدار التحسن الذي طرأ أو استبدال الأشياء الخاطئة بالأشياء الصحيحة (Buttle, 1995).

هناك نماذج أخرى تحدثت عن عوامل متنوعة لها دور بالرضا، مثل:

سهولة الوصول للخدمات، مكان تقديم الخدمات، خدمات الاستقبال، مدى كفاءة وجدارة المرشد، تكلفة الخدمة، الوقت الذي يقضيه المسترشد في انتظار الحصول على الخدمة، مدى تكرار المواعيد، مدة الجلسة الإرشادية، إنسانية الخدمات المقدمة (MORI, 2001, Aragon & Gesell, 2003, Workbook 6, 2000).

يقع رضا المنتفعين في منطقة بين تقييم العمليات والنواتج:

- عندما يكون قلق المريض يدور في مكان ما يؤثر بشكل مباشر عليه، مثل: محتوى العملية، وسيرها، تكلفة الخدمات، فقياس مثل هذه الأمور يمكن اعتباره كتقييم لسير العملية.
- عندما يكون قلق المريض وتوجهه حول مدى تمكن البرنامج أو الخدمات من حل مشكلته، فقياس رضا المريض وقتها يكمن اعتباره كتقييم للنواتج.
- إذن رضا المريض عن نتيجة العلاج يعتبر تقييم لنواتج، بينما رضا المريض عن محتوى العملية الإرشادية يعتبر تقييم للعمليات.

2. 4. 16. 5. رضا المريض يؤثر ويتأثر بنتيجة العلاج:

المريض غير الراضي عن الخدمات من الممكن أن لا يطرأ تحسن علي حالته، وذلك

نتيجة التغيب المستمر عن حضور الجلسات مثلاً، أو عدم الالتزام بتطبيق الإرشادات وغير ذلك (Work Book 6, 2000; Newsome & Wright, 1999) ورفض المريض المتابعة أو طلبه إغلاق ملفه من الممكن أن اعتباره كمؤشر لعدم رضاه عن الخدمة المقدمة أو عن فشل في الخطة العلاجية.

والمريض الذي لا يشعر بتحسّن بعد انتهاء العملية العلاجية من المحتمل أن تكون لديه بعض التوجهات غير المرغوب فيها حول الخدمات العلاجية، حتى لو قدمت هذه الخدمات بجودة مرتفعة وحسب المواصفات المتعارف عليها.

إن الرضا عن سير العملية العلاجية والامتثال للعلاج والنتيجة الإيجابية للعلاج كلها عناصر متداخلة مع بعضها البعض (Work Book 6, 2000) ولكن تم نقض اعتبار رضا المنتفعين كمؤشر لجودة الخدمات الإنسانية وذلك لأن توقعات المرضى في بعض الأحيان تكون غير واقعية.

البحث عن التعبيرات عن عدم الرضا: المرضى في الخدمات الإنسانية لديهم القابلية أن يكونوا شاكرين لدرجة كبيرة، وفي الغالب يمتنعون عن نقض الخدمات المقدمة لهم. والمريض الذي يعاني من مشكلة في الثقة بالنفس أو المريض الذي يعي وجود فروق بينه وبين مقدم الخدمات له، من الممكن أن يشعر بأنه مجبر لإظهار رضاه وشكره، وهذا من الممكن التغلب عليه إذا تم الشرح للمريض بأنه لن يكون هناك أي تأثير سلبي على الخدمة المقدمة له نتيجة إجابته ويوضح ذلك إما شفويا أو كتابيا عند تعبئه الاستمارة، ومن الضروري التأكيد على سرية وخصوصية النتائج (Work Book 6, 2000).

2. 4. 17. الاتجاهات والأمراض النفسية:

سوف نقوم في هذا الجزء بالتحدث عن الاتجاهات وعلاقتها بالصحة النفسية ولكن قبل ذلك نقدم عرضاً موجزاً لتعريف على مفهوم الاتجاه، ومصدر تكوينه، وسبب لجوء الناس لتكوين الاتجاهات والعوامل الأساسية التي تساهم في تغيير الاتجاهات.

بدأ اهتمام علماء الاجتماع وعلماء الإنسان باتجاهات ومعتقدات الناس حول المواضيع المختلفة سواء كانت اجتماعية أو صحية أو دينية في أواخر القرن العشرين، وبدء الحديث عن وجود علاقة قوية بين العوامل الاجتماعية والصحة النفسية.

حاول الكثير من العلماء وضع تعريف لمفهوم الاتجاهات فاختلّفوا من حيث الصياغة ولكن لم يختلفوا بالمحتوى، فعرفة (أبو زينه، 1998: 29) بأنه حالة من الاستعداد لدى الفرد

تدفعه إلى تأييد أو عدم تأييد موضوع ما أو شيء، وعرفه (الزيود وآخرون، 2005: 46) بأنه عبارة عن نزوع الفرد لأن يحب أو يرفض فئة من الأفراد أو مجموعة من الأفكار أو مؤسسة اجتماعية أو نظاماً تربوياً. بينما عرفه Aronson & Akert, 2005; Moghaddam, (1998) بأنه عبارة عن تقييم شخصي للأشخاص الآخرين والأشياء المحيطة بنا والأفكار المتواردة إلى ذهننا.

2. 4. 17. 1. تكوين الاتجاهات:

تتكون الاتجاهات بشكل أساسي من ثلاثة مكونات رئيسية وهي ما يعرف (ABC MODEL):

- المكون المعرفي أو الإدراكي (Cognitive component): وهي الفكرة التي تدور في ذهن الإنسان، وتستند على معتقدات الأشخاص اتجاه شيء معين.
- المكون الوجداني (Affective component): وتستند بشكل أساسي على مشاعر الناس وعواطفهم اتجاه الأشياء.
- المكون السلوكي (Behavioral component): وهو القابلية لتطبيق الفكرة، أي ترجمة الفكرة أو المعتقد أو الشعور إلى سلوك والعمل على تعزيز هذا السلوك (Aronson & Akert, 2005; Moghaddam, 1998).

ويلجأ الناس للاتجاهات كوسيلة لتبسيط وتوضيح الموضوعات المعقدة التي يتعرضون لها، وكمحاوله لحماية تقديرهم لذاتهم، والسماح لأنفسهم بالتعبير عن القيم والقواعد الأساسية الموجودة بداخلهم (Traindis, 1971: 4).

2. 4. 17. 2. مكونات ومصادر الاتجاهات:

- الخبرة المباشرة مع الشيء أو الإنسان أو الخدمة المراد توليد اتجاه حولها.
- الأسرة: أن الطفل في بداية حياته يكتسب الكثير من الاتجاهات الموجودة لدى والديه والكبار في أسرته نحو العديد من الموضوعات عن طريق التقليد والتعلم.
- العوامل الحضارية: ومن أمثلتها المدرسة، المسجد، الكنيسة، منطقة السكن، العمل وغير ذلك (الزيود وعليان، 2005: 46-47).
- التعليم الضمني من الآخرين (اكتساب خبرات الآخرين نتيجة التفاعل اليومي معهم).

- وسائل الإعلام: التلفزيون والراديو والصحف وغير ذلك.

2. 4. 17. 3. الاتجاهات حول الأمراض النفسية في فلسطين:

تعتبر الاتجاهات السلبية نحو الخدمات النفسية و الأمراض النفسية، والشعور بوصمة العار المرتبطة بشكل وثيق بالأمراض النفسية، من أهم التحديات التي تواجه مقدمي الخدمات النفسية (Huxley, 1993).

إن مفهوم الصحة النفسية في المجتمع الفلسطيني لا يزال يتسم بالغموض، وفي الحقيقة إن المجتمع الفلسطيني كبقية المجتمعات الأخرى تعتبر الأمراض النفسية من أكثر الأمراض سلبية، وحاولت الثقافة الفلسطينية أن تلجأ إلى طرق شرح تقليدية للمرض النفسي فأصبح هناك اعتقادان سائدان في المجتمع الفلسطيني حول الأمراض النفسية، وهما: أولاً- إن المرض النفسي ينتج عن قوى خارقة أو خارجة عن الطبيعة، وهو ما يسمى بالعامية بالمس الشيطاني. والاعتقاد الثاني أن الاضطرابات النفسية هي عبارة عن خلل في الجهاز العصبي أو كيميائية، الجسم ويتم علاجها بالدواء (Afana, 2003).

وحيث إن التعبير عن الأمراض النفسية في المجتمع مرتبط بالشعور بالوصمة بشكل كبير فإن الشخص المريض يفضل الذهاب للحصول على الخدمة من المعالجين التقليديين، أو الشيوخ، أو التعبير عن شكواهم النفسية بطريقة جسدية والتوجه إلى الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، وبهذا يكون مقبولاً بشكل أكبر في المجتمع.

2. 4. 17. 4. تغيير الاتجاهات:

على خلاف الشخصية فالاتجاهات ليست ثابتة بل هي تراكمية وتتغير بتغير وتبدل الخبرات، والإنسان باستمرار يتبنى ويكون مواقف حسب حاجاته ومعتقداته، والاتجاهات لا يمكن تغييرها بعملية تعليم بسيطة، ولكن تغييرها يتأثر بعدد من العوامل هي:

- خصائص الهدف: ويقصد بها الخصائص الشخصية للشخص المراد تغيير اتجاهه، مثل السن، الجنس، تقدير الذات، فمن المتعارف عليه أن الأشخاص الذين يتمتعون بتقدير ذاتي مرتفع يكون إقناعهم أصعب من الأشخاص الذين هم أدنى درجة من ناحية تقدير الذات.
- خصائص المصدر: وهو الشخص الذي يحاول تغيير اتجاه الآخرين، وهنا خصائص وسمات هذا الشخص تلعب دوراً كبيراً في عملية الإقناع، مثل: درجة الخبرة التي يتمتع بها،

والثقة بينه وبين المستمعين، ودرجة الجاذبية والقرب من المستمعين من ناحية الثقافة، اللغة والسن، وغير ذلك.

- خصائص الرسالة: طبيعة الرسالة، فأحياناً تقديم قصة مثيرة ومقنعة تساهم في إقناع الآخرين وتغيير مواقفهم أو تلقي خدمة.
- الطرق الإدراكية: وهي ترك الرسالة لتقييم الشخص بطريقة عقلية، وهنا التقييم للرسالة يساهم في تغيير الاتجاه (Aronson & Akert, 2005).

2. 5. تعليق عام للباحثة على الإطار النظري:

بدأت الباحثة بالحديث في محور اهتمام الدراسة الحالية، وهو العملية الإرشادية ومدى فاعليتها لذلك كان لا بد قبل الدخول بتعمق في إجراءات الدراسة دراسة هذا الموضوع بشيء من التفصيل، فقامت بعرض مفهوم عن الإرشاد العلاجي وتعريفاته لأنها ترى أنه الأكثر قابلية للتطبيق داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، واهتمت بتفصيل الإجراءات التي يتطلبها الإرشاد العلاجي من تحضير للمكان والزمان والمرشد والمسترشد، والمهارات التي يستخدمها المرشد، كمحاولة من الباحثة لفهم كل ما يدور داخل هذه العملية حتى تستطيع التوصل إلى البنود المهمة في عملية التقييم، وكل العوامل التي من الممكن أن تؤثر وتتأثر بنتيجة هذه العملية. وقامت الباحثة باحتواء كل العناصر التي ترى أنها تلعب دوراً في فاعلية عملية الإرشاد.

وبما أن الإرشاد العلاجي يتعامل مع المشاكل النفسية المتنوعة التي تصيب أغلب أفراد المجتمع، وحيث أظهرت الدراسات أن معدل انتشار الأمراض النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية مرتفع، ومن هنا ظهرت فكرة تقديم الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأيضاً ظهرت كنتيجة لرفض العديد من المرضى التحويل لمراكز نفسية متخصصة في تقديم الخدمات النفسية بسبب الاعتقادات الخاطئة الموجودة في المجتمع، ولذلك كان لا بد لكل المهتمين بالمجال والحريصين على تقديم أفضل الخدمات البحث عن سبل ووسائل لتقديم الخدمات النفسية بحيث تكون مقبولة من معظم أفراد المجتمع، فظهرت فكرة دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولكن تقديم الخدمات الإرشادية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية له بعض الحدود والضوابط حتى لا يصبح علاجاً ويتخطى حدود الإرشاد، ولذلك تم تحديد عدد الجلسات والأساليب والتقنيات المستخدمة من قبل المرشد الذي أقيمت على كاهله الكثير من المهمات الأخرى، التي لم تكن من مهامه من قبل مثل العمل ضمن الفريق الطبي وكجزء منه.

ونظرا لتفرد المجتمع الفلسطيني في العديد من النواحي، وانفتاحه على كل ما يصدر في العالم الخارجي من تطور وتقدم كان لابد للمؤسسات المهمة بالمجال النفسي أن تحاول دمج الخدمات النفسية داخل الخدمات الطبية، ولكن لا يمكن الانفتاح مرة واحدة على ما يوجد بالخارج دون التعرف على مدى فاعليته وملائمة للوضع الفلسطيني، لذلك قامت الباحثة بالاطلاع على كل ما استطاعت الوصول إليه فيما يتعلق بموضوع تقييم الخدمات أو البرامج حتى تصل إلى الوسيلة الأنسب كما تراها لتقييم مثل هذه البرامج في قطاع غزة.

الفصل

الدراسات

السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

3. 1. المقدمة:

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة، وسوف يتم عرض الدراسات العربية والأجنبية التي كتبت حول موضوع الإرشاد النفسي في مراكز الرعاية الأولية، وحول تقييم برامج إرشادية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية إضافة إلى عرض الدراسات التي استطلعت آراء الجمهور أو المرضى حول الأمراض النفسية والإرشاد النفسي.

3. 2. دراسات حول معدل انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الأولية وقدرة العاملين هناك على تشخيص الأمراض النفسية:

3. 2. 1. معدل انتشار الأمراض النفسية بين أطباء الرعاية الصحية الأولية في فرنسا:

قام الكسندر وآخرون (Alexander el at, 2005) بدراسة معدل انتشار الأمراض النفسية بين المترددين على الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية في فرنسا، هدفت الدراسة بشكل أساسي إلى إعادة تخطيط الخدمات النفسية في باريس، لذلك قام فريق البحث بدراسة مسحية لتوزيع المرضى بين مقدمي الخدمات النفسية (الطبيب العام-الطبيب النفسي-الطبيب النفسي العام) فتضمنت عينة الدراسة حوالي 492 طبيباً عاماً، 82 طبيباً نفسياً خاصاً، 75 طبيباً نفسياً عاماً، فكان معدل الاستجابة من قبلهم حوالي 36.6% بين الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية (180 طبيباً)، وحوالي 54.9% طبيب خاص (45) و63 طبيباً نفسياً عاماً 84%. وطلب منهم تعبئة بيانات المرضى لفترة من الزمن والتفرقة بين الحالات الجديدة

والمتابعة والاستشارات وتسجيل طبيعة المشكلة، وطلب منهم تعبئة نفس الإستبيان مرة أخرى بعد مرور 6 شهور وعلى نفس العينة، وتم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام برنامج SPSS وتحليل البيانات أنوفا فكانت النتائج أن المرضى المترددين على الأطباء العاميين في مراكز الرعاية الأولية يعانون من القلق والاكتئاب بنسبة 70%، بينما كانت نسبة المترددين على العيادات الخاصة الأقرب لها حيث كانت 65% يعانون من اضطرابات نفسية، كان 38% فقط من المرضى المترددين على الأطباء النفسيين العاميين في المستشفيات المتخصصة بتقديم الخدمات النفسية لديهم اضطرابات القلق والاكتئاب وكان توزيع اضطرابات الذهان هي 61%، 26% و22%، وخلصت الدراسة إلى أن تشابه المرضى بين الأطباء العاملين في مركز الرعاية والأطباء المتخصصين ناتج عن فقدان التعاون بين العاملين بالمجال النفسي. وأوصت الدراسة بضرورة العمل على تحسين التعاون بين العاملين في المجال النفسي والمجال الطبي خصوصاً في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

3. 2. 2. تحديد مدى انتشار الأمراض النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة:

قام عفانة وآخرون (Afana el at, 2003) بدراسة لتحديد مدى انتشار الأمراض النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، ولذلك تم اختيار 10 عيادات رعاية صحية أولية بطريقة عشوائية في قطاع غزة، فكانت العينة تتكون من 670 شخصاً، وافق منهم 661 على الدخول في الدراسة، وتم استخدام مقياس هوبكنز المتكون من 25 بنداً (Hopkins 25)، وحُلت البيانات إحصائياً فكانت النتائج أن هناك حوالي 73% من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية يعانون من اضطرابات نفسية، ومعدل انتشار الأمراض النفسية عند السيدات المطلقات أو الغير إطلاقاً حوالي 76.8%، وهي أعلى من النسبة عند الرجال حيث كانت 67%. وأوصت الدراسة بضرورة نقل الخدمات النفسية إلى داخل المجتمع للتغلب على وصمة العار التي لازالت تتحكم بشكل كبير في المجتمع الفلسطيني.

3. 2. 3. معدل انتشار الاكتئاب والقلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية:

قامت بيكر وآخرون (Becker el at, 2002) بدراسة معدل انتشار الاكتئاب والقلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية وخصوصاً الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية،

وهدفت الدراسة إلى التعرف على الأعراض السيكوسوماتية، الاكتئاب، والقلق، لذلك استخدمت استبيان حول صحة المرضى (PHQ)، وهو أداة مسح للتعرف وتشخيص الأمراض السيكوسوماتية وأمراض نفسية أخرى، وتم تعديل المقياس ليشمل قياس معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية وتلازمها مع الاكتئاب، ولذلك استخدمت عينة مقطعية عشوائية من 431 مريضاً من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية من الرجال والنساء. المرحلة الأولى من الدراسة تضمنت استخدام PHQ لمعرفة معدل انتشار الأمراض خصوصاً السيكوسوماتية، الاكتئاب، والقلق. ووزعت الاستبيانات على 431 مريضاً، منهم 173 مريضاً (40%) تمت مقابلتهم بواسطة مهنيين نفسيين، واستخدموا (SCID-R) مقابلة منظمة إكلينيكية كمعيار لمصادقية استبيانات صحة المرضى في المجتمع السعودي، وبعد ذلك تم استخدام المعيار أو المقياس لقياس مدى انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من سيكوسوماتية واكتئاب على المرضى المتبقين (258) مريضاً، كانت النتائج كالتالي: معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية 19.3%، ومعدل انتشار الاكتئاب 20% وخلصت الدراسة إلى أن معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية وتلازمه مع الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية مشابهة أو مساوية لمعدل انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية وفي العالم، وأنه من الممكن فحص معدل انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية بواسطة استخدام استبيانه صحة المريض كأداة فعالة لهذا الغرض

3. 2. 4. آراء ومعدل انتشار الأمراض النفسية وخصوصاً الاكتئاب والقلق في أستراليا:

قام أندرو وكارتر (Andrew and Carter, 2001) بدراسة معدل انتشار الاضطرابات النفسية في أستراليا والاطلاع على آراء الجمهور حول الصحة النفسية وخصوصاً الاكتئاب والقلق، أُجريت الدراسة بواسطة المركز القومي للدراسات النفسية في أستراليا سنة 1997، اشترك في الدراسة 10641 من الأشخاص البالغين، وكان معدل الاستجابة 78% واهتم الباحثان بقياس معدل انتشار القلق والاكتئاب واضطرابات أخرى وكذلك عدد الاستشارات نتيجة المشاكل النفسية والعلاج المتلقي. وتم استخدام المقابلة الشخصية لتحديد ماهية الاضطرابات النفسية التي تعاني منها العينة. فكانت نتائج الدراسة كالتالي: 6-13% من العينة انطبقت عليهم معايير الإصابة بالقلق أو الاكتئاب خلال 12 شهراً، وكان لديهم فشل في أداء الوظائف اليومية، وكان معدل استشارتهم للطبيب العام أو الفريق الطبي 1.4 مرة خلال فترة الدراسة. وأكثر من نصف العينة لم يستشيروا أخصائياً نفسياً خلال فترة الدراسة، وذلك بسبب شعورهم بعدم الحاجة لذلك.

وخلصت الدراسة إلى أن معظم الأشخاص الذين بحاجة إلى تلقي الخدمات النفسية لم يتلقوها بالشكل المطلوب ومن الممكن أن يلعب الطبيب العام داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية دوراً كبيراً وفعالاً في تقديم الخدمات النفسية للمرضى، وذلك للحصول على خدمات نفسية فعالة وبتكلفة أقل.

3. 2. 5. معدل انتشار الأمراض النفسية بين المهاجرين في أمريكا:

دراسة ويلفسون وآخرون (Olsson et al, 2000) وتهدف إلى التعرف على معدل انتشار الأمراض النفسية بين المرضى المهاجرين وذوي الدخل المنخفض في الولايات المتحدة الأمريكية، ولذلك تم إجراء دراسة مسحية عرضية وباستخدام مقياس التشخيص النفسي كمياري للتعرف على الاضطرابات النفسية المنتشرة بين هذه المجموعة، تألفت العينة من 1266 مريضاً، ووافق على الاشتراك منهم 1007 بمعدل 80%، وتم اختيارهم بطريقة عشوائية منظمة متتالية، واستخدم مقياس استفتاء الصحة العام (PRIME-MD)، فكانت النتائج كالتالي 18.9% من المرضى لديهم أعراض الاكتئاب الحاد، 14.8% لديهم اضطراب القلق العام، 7.9% يعانون من الإدمان، 3.8% لديهم اضطراب الهلع، 7.1% لديهم أفكار انتحارية، حوالي 36.3% كان لديهم تلازم مرضى مع الإدمان، 76.9% لديهم تلازم مع اضطرابات الهلع، وأن حوالي 22.5% من مرضى الإدمان، و 46.4% من مرضى الهلع سجلوا زيارات لمعالجي الصحة النفسية خلال الشهر الأخير، وباستخدام تحليل التباين كان هناك دلالة إحصائية تربط بين كل اضطراب والخصائص الديمغرافية للشخص والخدمات الصحية التي يتلقاها، وخلصت الدراسة إلى أن الأمراض النفسية منتشرة بكثرة بين المهاجرين المترددين على المراكز الرعاية الصحية الأولية وأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين إصابتهم بالاضطراب والخلل الوظيفي لديهم.

3. 2. 6. علاج الأمراض النفسية في نيوزيلندا وعلاقتها بقدرة العاملين في مراكز الرعاية على التشخيص:

دراسة فريق ماجبي (MaGPIe, 2003) تهدف إلى توضيح العلاقة بين نوعية العلاج النفسي الذي يتلقاه المريض داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية من قبل الأطباء، وحدة المشاكل النفسية التي يعانون منها، واستخدمت لذلك دراسة مسحية مقطعية من المرضى المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية في نيوزيلندا، وتم اختيار 50 مريضاً متتالياً بطريقة عشوائية يتردد على 70 طبيباً عاماً، فتضمنت العينة 773 مريضاً، تم تطبيق مقياس

الصحة العامة عليهم مع تفصيل لأنواع العلاج، وخيارات العلاج التي تم مقارنتها مع مستوى تعرف الأطباء عليها. فكانت النتائج أن اختلاف العلاج يختلف باختلاف قدرة الأطباء على التعرف على الأمراض وعدد مرات الاستشارة، حيث كان 93% من المرضى تلقوا العلاج نتيجة وجود تشخيص واضح لمشكلاتهم، بينما 22.3% ممن لديهم اعراض فقط تلقوا العلاج، والعلاج السائد للمرضى الذين تم تشخيصهم كان علاج دوائي بنسبة 73%، بينما المرضى الذين يعانون من أعراض فقط، فعلاجهم تضمن الإرشاد النفسي والمناقشة بنسبة 15.7%، و1.7% من الذين لم يتم تشخيصهم فقط تلقوا الأدوية النفسية.

3. 2. 7. تحديد قدرة العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية على التعرف أو تشخيص الأمراض النفسية في ظل الظروف الراهنة في قطاع غزة:

دراسة عفانة وآخرون (Afana el at، 2002) وتهدف إلى تحديد قدرة الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية على تشخيص وتحديد الأمراض النفسية، وتم اختيار 10 مراكز رعاية صحية أولية بطريقة عشوائية في قطاع غزة مقسمة حسب المناطق، 32 طبيباً و661 مريضاً شاركوا في تعبئة استبيانين حول (Hopkins symptom checklist HSCL25 –Goldberg checklist) فكانت نتيجة الدراسة أن فقط 11.6% من المرضى تم تشخيص اضطراباتهم، والأطباء الذين تلقوا تدريب في الصحة النفسية أو الطب النفسي أكثر قدرة على التشخيص. وأن قدرة الأطباء على تشخيص الأمراض النفسية عند المرضى الأكبر من 25 سنة والسيدات أكثر من غيرهم. وخلصت الدراسة إلى ضعف قدرة الأطباء على تشخيص أو تحديد الأمراض النفسية في المراكز، وأوصت بضرورة تدريب الأطباء العاملين في المراكز الصحية على الموضوعات النفسية، بالإضافة إلى دمج الصحة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

3. 2. 8. دراسة مسحية للخدمات النفسية في نيجيريا:

دراسة اومجودن (Omigbodun, 2001) تهدف الدراسة إلى مراجعة نقاط الضعف والمشاكل الموجودة في نظام تدريب العاملين في الرعاية الصحية الأولية الأساسية من منظور نظام متكامل وفعال في نيجيريا، وقامت الدراسة بمراجعة وتحليل طرق التدريب الحالية وتأثيرها على بند الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية سواء كان في الريف أو المدينة في العيادات الحكومية في نيجيريا. وتم تحليل برامج دمج الخدمات النفسية في مراكز

الرعاية الصحية الأولية وإجراءاتها وتكلفتها حسب الوضع الداخلي لنيجيريا، وخلصت الدراسة إلى أنه لا توجد خدمات نفسية تقدم في مراكز الرعاية الصحية الأولية الحكومية قد تم دراستها. وان التدريب الحالي للعاملين في مراكز الرعاية في هذا المجال غير فعال، والتدريب السابق في مجال الصحة النفسية لا يستخدم في مراكز الرعاية من قبل الأطباء، ومن خلال مراجعة الباحث للدراسات وجد أن هناك نموذجين لدمج الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية أحدهما هو التحسين، ويقصد به تدريب العاملين بالمجال الطبي في مراكز الرعاية الصحية الأولية على تقديم الخدمات النفسية بشكل منفرد، ولكن مع وجود مشرف عليهم ووجد أن هذا النموذج غير فعال. والنموذج الآخر وهو الترابط، وفيه يترك المهنيون النفسيون مستشفياتهم ويبدعون بالعمل داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهذا يتطلب عدداً كبيراً من المهنيين المؤهلين الذين تفتقر إليهم نيجيريا ودول أخرى، ولذلك للحصول على نموذج فعال وقليل التكلفة يجب الدمج بين النموذجين التحسين والربط من وجهة نظر الباحث.

3. 2. 9. تعليق الباحثة حول الدراسات السابقة:

يتضح من عرض هذه الدراسات أنها حديثة نسبياً، كما أن الدراسات العربية التي تناولت معدل انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية قليلة إلى حد ما -على حد علم الباحثة-، على الرغم من أهمية الموضوع الذي ألقى بظلاله على كل العاملين في المجال الطبي والنفسي وتقوم الباحثة بالتعليق على هذه الدراسات من عدة نواحٍ.

تعددت أهداف هذه الدراسات وإن اتفقت في قياس معدل انتشار الاضطرابات النفسية المختلفة، فمنها ما كان لإعادة التخطيط للخدمات النفسية، مثل دراسة الكسندر وآخرون (Alexander el at, 2005) والتي هدفت إلى إعادة تخطيط الخدمات النفسية في فرنسا بعد الاطلاع على توزيع المرضى بين الأطباء العاملين في المجالات المختلفة، وأما دراسة عفانة وآخرون (Afana el at, 2003) و ويلفسون وآخرون (Olson el at, 2000)

و دراسة بيكر وآخرون (Becker el at, 2002) ودراسة أندرو و كارتر

(Andrew & Cater, 2001) فكانت تهدف إلى التعرف على معدل انتشار

الاضطرابات النفسية المختلفة وعلاقتها ببعض المتغيرات.

بينما هدفت دراسة عفانة (Afana el at, 2003) ماجبي (MAGPIe, 2006) إلى التعرف على

قدرة العاملين والأطباء على تشخيص الاضطرابات النفسية.

ومن الملاحظ من خلال هذه الدراسات تشابه المجتمعات التي أخذت منها العينة إلى حد ما، وهو مجتمع المرضى المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتقاربت حجم العينات بين كل من دراسة أندرو وكارتر (Andrew & Cater, 2001) ودراسة ويلفسون (Olson) (Olson, 2000) لأن كل منهما تعتبر دراسة مسحية بينما تفاوتت العينة بين بيكر وعفانة حيث كانت عند بيكر 431 شخص (Becker et al, 2002)، وعند عفانة (Afana et al, 2003) 670 شخص.

ومن حيث أدوات الدراسة فتعددت واختلفت من دراسة لأخرى، وذلك تبعاً لطبيعة الهدف لكل منها وتساؤلات الدراسة، ورغم اختلاف المقاييس التي استخدمها الباحثون فمن الملاحظ عدم اختلاف النتائج بشكل كبير، فبينما استخدم عفانة (Afana et al, 2003) مقياس هوبكنز (HSCL-25) استخدم بيكر (Becker et al, 2002) في دراسته مقياس المسح الصحي (PHQ).

وأخيراً تعددت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، ولكن معظمها اظهر توافقاً، فلم يختلف معدل انتشار الأمراض النفسية في بلادنا عن بلاد العالم حسب ما أوضحت ذلك دراسة عفانة (Afana et al, 2003) بأن نسبة انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الأولية في قطاع غزة 73%، وهي نسبة قريبة مما وصلت إليه دراسة الكسندر وآخرون (Alexander et al, 2005) في فرنسا أن نسبة انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الأولية هي 70%.

وتقاربت نتائج دراسة كلا من (Becker et al, 2002) بيكر وآخرون ودراسة ويلفسون وآخرون (Olson et al, 2000) حول معدل انتشار الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية فكانت في أمريكا بين المهجرين 18.9% وفي السعودية 20% بينما كانت في استراليا (Andrew & Cater, 2001) 13.6% حسب دراسة أندرو وكارتر.

توصلت دراسة عفانة (Afana et al, 2003) ودراسة ماجبي (MAGPIe, 2006) أن قدرة الأطباء العاميين في مراكز الرعاية الأولية تتحسن في مجال التشخيص وتقديم المساعدة إذا كانت لديهم خلفية أو تدريب عن الصحة النفسية ولكن هذا يختلف مع دراسة اومبودم (Omigbodun, 2001) التي أظهرت أن معرفة الأطباء بالمواضيع النفسية ليس لها دور في تقديمهم للخدمات.

واشتركت كل الدراسات في التوصية بضرورة البحث عن طريقة لدمج الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الأولية، أو تدريب العاملين هناك على تقديم هذه الخدمات، وذلك لارتفاع

معدل الاضطرابات النفسية بين المرضى المترددين على هذه المراكز .

ومن خلال إطلاع الباحثة على مجمل هذه الدراسات، ظهرت فكرة دمج الخدمات النفسية بشكل كامل مع تدريب العاملين في المجال الطبي، وهذا ما حاول البرنامج الذي نحن بصدد تقييمه القيام به.

3.3. دراسات تناولت تقييم برامج إرشادية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

3.3.1. مدى فاعلية دمج الرعاية النفسية الأولية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة فلكر وآخرون (Felker et al, 2004) تهدف إلى الحصول على نتائج تمهيدية أو أولية حول مدى فاعلية دمج الرعاية النفسية داخل المراكز الصحية الأولية التي تقدم الخدمات للمحاربين القدامى، ولذلك قام الفريق بخلق نظام داخل عيادة مجتمعية كانت تقدم الخدمات النفسية بواسطة الأخصائي النفسي والطبيب النفسي اللذان يعملان بشكل جزئي بالتعاون مع الفريق الطبي في العيادة، فقامت بدمج فريق متعدد التخصصات بجوار الفريق الطبي فأظهرت النتائج الأولية بعد مرور سنة على تطبيق البرنامج بأن هناك انخفاض في معدل تحويل الحالات إلى مراكز الصحة النفسية المتخصصة من 38% إلى 14%، والهدف من هذا التحويل للحصول علي خدمات علاجية أخرى، وأظهرت النتائج ارتفاع في عدد الاستشارات النفسية من 543 إلى 560، وكان عدد المتابعات وثبات المرضى لتلقي الخدمة بمعدل 2.5 موعداً لكل مريض، واقترح فريق الدراسة أن العمل بفريق متكامل يؤدي إلى استمرار ثبات المرضى على المتابعة ويقلل من عدد الحالات المحولة إلى مراكز متخصصة وأيضاً يحسن التعاون بين الفريق.

3.3.2. جودة الرعاية المقدمة لمرضى اضطرابات القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة ستين وآخرون (Stein et al, 2004) تهدف إلى تقييم جودة الخدمات النفسية الأولية المقدمة لمرضى اضطرابات القلق في ثلاث مراكز رعاية صحية أولية في الولايات المتحدة الأمريكية، وهي (لوس انجلوس-ساند يغو-سياتل)، وتكونت العينة من 3606 مريضاً ممن يترددون على العيادات الخارجية، ولديهم تشخيصات مختلفة من اضطرابات القلق، وهي: اضطراب الهلع، والقلق العام، والخوف الاجتماعي، وأعراض ما بعد الصدمة، وتمحور اهتمام

الدراسة على الرعاية الصحية النفسية المقدمة لهم خلال 3 شهور، ومؤشرات الجودة التي اعتمدت عليها الدراسة كانت تتضمن التحويل إلى الأخصائيين النفسيين، تقديم الإرشاد واستخدام مضادات القلق خلال ثلاثة أشهر ماضية. وأظهرت نتائج الدراسة أن ثلث العينة كانت ممن تلقوا الإرشاد في مراكز الرعاية الأولية من قبل مقدمي الخدمات الطبية هناك خلال 3 أشهر، 10% تلقوا الإرشاد النفسي من قبل متخصصين في تقديم الخدمات النفسية والتي تضمنت عناصر مختلفة منها العلاج المعرفي السلوكي، و40% من المرضى تناولوا الأدوية المضادة للقلق خلال ثلاثة أشهر.

وخلصت الدراسة إلى أن جودة الرعاية المقدمة لمرضى القلق من متوسط إلى منخفض وان هناك زيادة في استخدام بعض أنواع الأدوية وأوصت بضرورة وضع خطوط عريضة لتحسين تقديم الخدمات النفسية لمرضى القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

3.3.3. مقارنة بين مرضى الاكتئاب من حيث تقبل خيارات العلاج وعلاقتها بجودة الرعاية المقدمة لهم في مراكز الرعاية الأولية:

دراسة فوريس وآخرون (Voorhees et al, 2003) وتهدف إلى الربط بين جودة الرعاية المقدمة ودرجة تقبل خيارات العلاج، فاختار لذلك عينة مقطعية من المرضى المترددين على 45 مركز صحي مجتمعي في الولايات المتحدة الأمريكية، ضمت العينة 881 من المرضى الذين لديهم اكتئاب حاد خلال ستة شهور سابقة، تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: الأولى تلقت علاج من العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية فقط وكانت نسبتهم 45%، بينما المجموعة الثانية كانت بنسبة 55% وتلقت العلاج من قبل متخصصين في تقديم الخدمات النفسية، وبمقارنة نتائج المجموعتين خلصت الدراسة إلى أن المرضى الذين تلقوا العلاج من غير المهنيين كانت لديهم ميول لرفض العلاج بنسبة 2.7% ضعف المرضى المتلقين للعلاج من قبل المهنيين. وأن مرضى الاكتئاب الذين تلقوا العلاج من مراكز الرعاية لديهم تعبيرات عدم رضا أكثر من متلقي العلاج من قبل المهنيين، وهذا الاختلاف يمكن أن يعود لقلة جودة الخدمات المقدمة لهم.

3.3.4. علاج التعب المزمن في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة ريدزداال وآخرون (Ridsdale et al, 2001) تهدف إلى مقارنة علاج التعب المزمن باستخدام طريقتين من التدخل، هما: الإرشاد النفسي والعلاج المعرفي السلوكي،

والتعرف على رضا المرضى عن هذه الخدمات، ولذلك استخدمت الدراسة عينة عشوائية من المرضى المترددين على عشرة مراكز رعاية صحية أولية في مدينة لندن والمنطقة الشمالية من بريطانيا سنة 1996-1998 و تم تقسمهم إلى مجموعتين متجانستين، وتم اختيار المرضى من طبقات اجتماعية مختلفة ومناطق مختلفة، تضمنت عينة الدراسة 160 مريض يعاني من التعب المزمن، تم تطبيق مقاييس لجمع المعلومات حول الأعراض والتكيف الاجتماعي قبل وبعد الدخول في الدراسة، تضمن البرنامج الذي تلقاه المرضى 6 جلسات أو أكثر، لمدة ساعة من الزمن للحصول إما على العلاج المعرفي السلوكي أو الإرشاد، وعند الانتهاء من تطبيق البرنامج تم قياس مستوى رضا المرضى عن الخدمات، وبعد انتهاء البرنامج بستة أشهر تمت متابعة المرضى. فخلصت الدراسة إلى أن 129 مريض أكمل المتابعة، وأن كل المرضى انطبقت عليهم معايير التعب المزمن على مقياس شلدرز (Chalder, Et Als) وكان متوسط الدرجات على المقياس عند بداية الدراسة 23 وبعد مرور ستة أشهر من المتابعة كان متوسط الدرجات 15 درجة، 61 مريض (47%) لم تنطبق معايير عليهم التعب المزمن بعد مرور ستة شهور، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في علاج التعب المزمن أو في مستوى الرضا.

3. 3. 5. مدي فاعلية علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية:

دراسة بيدي وآخرون (Bide el at, 2000) تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية استخدام الإرشاد ومضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب وأيهما أكثر فاعلية، وهل ترك اختيار طريقة العلاج للمريض يلعب دوراً في العملية العلاجية ونتيجتها، فتضمنت عينة الدراسة 323 مريضاً تم تقسيمهم بطريقة عشوائية بين مجموعتي العلاج ومن ضمن المجموعتين كان هناك بعض الأفراد الذين تركت لهم حرية اختيار طريقة العلاج، فأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الفاعلية بين المجموعتين بعد حوالي 8 أسابيع من العلاج وأظهرت النتائج أيضاً أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج تعود لاختيار طريقة العلاج. وخلصت الدراسة إلى أن استخدام كلاً من الإرشاد أو مضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب له نفس الفاعلية وترك الخيار للمريض ليس له دور في نتيجة العلاج.

3. 3. 6. علاج الخوف الاجتماعي في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة هوك وآخرون (Haug el at, 2000) تهدف إلى تدريب الأطباء على نموذج العلاج التعرضي (Exposure therapy)، ثم البدء بتطبيق النموذج، وقياس مدى فاعليته،

وضمنت عينة الدراسة 45 طبيباً عاماً، تم تدريبهم لمدة 30 ساعة حول كيفية إجراء الفحص السريري لمرضى الخوف الاجتماعي (social phobia) وتطبيق العلاج التعرضي، وتضمن البرنامج التدريبي عرض فيديو حول كيفية مقابلة المرضى وتطبيق النموذج عليهم، واستخدم نموذج لعب الأدوار خلال مجموعات التدريب، كل الأطباء الذين شملهم التدريب أنهم البرنامج التدريبي، واطهروا رضاهم عنه. وبعد تطبيقهم للنموذج على أرض الواقع، أظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية عند 12، 24 أسبوعاً بين مجموعتي العلاج وكان الأقل انخفاضاً في حدة الأعراض لصالح المجموعة التي حصلت على العلاج من قبل الأطباء الذين تلقوا التدريب، وأظهرت أيضاً أن العلاج التعرضي لوحده أو مدمجاً مع الدواء كان الأكثر فاعلية عند 12 أسبوع مقابل العلاج الدوائي لوحده، وخلصت الدراسة إلى أنه من الممكن تقديم برنامج تدريبي مكثف للأطباء في مراكز الرعاية ويمكن أن يكون فعال كما ظهر في الدراسة.

3.3.7. مدى فاعلية استخدام نموذجين لعلاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة ويلس وآخرون (Wallis et al, 2000) تهدف إلى تحديد إذا كان العلاج باستخدام حل المشكلات أكثر فاعلية عند دمجه مع مضادات الاكتئاب من إعطاء المريض كلا على حده في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأيضاً لتحديد إذا كان مقدم العلاج (الطبيب أو الممرض) له دوراً في فاعليته في حال حصول الجميع على نفس التدريب، واستخدمت لذلك عينة عشوائية منظمة، تم تقسيمها إلى أربع مجموعات علاجية في إحدى المراكز في أكسفورد، وضمت المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الحاد وأعمارهم من 18-65 سنة وحصلوا على 13 إلى 17 درجة على مقياس هاملتون (Hamilton Rating Scale) لمدة تقل عن 4 أسابيع، تم تكوين 4 مجموعات علاجية إحداها تلقت العلاج بحل المشكلات بواسطة الطبيب والأخرى بواسطة الممرض، والثالثة تلقت مضادات الاكتئاب، والأخيرة تلقت تدخل يتضمن الجمع بين الطريقتين حل المشكلات ومضادات الاكتئاب، وتم استخدام مقاييس مختلفة طبقت 4 مرات (في البداية وعن 6، 12، 52 أسبوعاً) على كل المجموعات، وهي مقياس هاملتون وبيك وجدول المقابلة السريري، وجدول التعديل الاجتماعي، وخلصت الدراسة إلى وجود تحسن واضح على الأعراض في كل المجموعات عند 12 أسبوع وأن الدمج بين طريقتي العلاج لم تكن فاعليته أفضل من استخدام كل على حدة، ولم تكن هناك أي دلالة إحصائية في إيجاد الفروق في مستوى فاعلية العلاج تعود لمقدم الخدمة، ويمكن استخدام العلاج بحل المشكلات في علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية وأن هذا العلاج يمكن أن يقدم بواسطة العاملين في الرعاية الصحية الأولية.

3.3. 8. مدى فاعلية كل من الإرشاد الموجه والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المقدم من العاملين بالمجال الطبي في علاج الاكتئاب داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة كينك وآخرون (king el at,2000) تهدف إلى تحديد الفاعلية من الناحية الاكلينيكية للخدمات المقدمة من الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية مقارنة مع نوعين من العلاج النفسي المختصر (الإرشاد غير الموجه-العلاج السلوكي) في علاج اضطراب الاكتئاب والقلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولذلك تم اختيار عينة عشوائية منظمة، مع وجود طريقتين إضافيتين، وهما: يمكن للمريض أن يختار طريقة علاج معينة، والثانية أن يكون موزعاً عشوائياً بين طرق العلاج، ضمت عينة الدراسة 464 مريض، 137 منهم اختاروا طريقة علاجهم، 130 تم توزيعهم عشوائياً بين طرق العلاج، وأجريت الدراسة في 24 مركز رعاية صحية أولية في مانشستر في بريطانيا، والعلاج تضمن علاجاً نفسياً مختصراً مكون من 12 جلسة علاجية كحد أقصى، والعلاج المقدم عادة من الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتم استخدام مقاييس مختلفة: مقياس لأعراض الاكتئاب "بيك" (Beck scale)، ومقياس للوظيفة الاجتماعية، ومقياس لرضا المرضى، تم جمع المعلومات باستخدام المقابلة الشخصية في البداية، وبعد 4، و12 شهراً. وكانت نتائج الدراسة بعد 4 أشهر أن أساليب العلاج النفسي استطاعت أن تخفف من أعراض الاكتئاب بدرجة أكبر مما استطاع الوصول إليه الأطباء العاديين فكان فرق الدرجات من 4 إلى 5 على مقياس بيك، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج بين كلا من مجموعتي العلاج النفسي. المرضى في مجموعتي العلاج النفسي كانوا الأكثر رضى عن علاجهم. بعد 12 شهراً، تحسن المرضى في المجموعات الثلاث بنفس المستوى، والمرضى الذين تلقوا الإرشاد غير الموجه كانوا الأكثر رضى مقارنة مع المجموعات الأخرى، ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية على تأثير اختيار المريض لطريقة العلاج على نتيجة العلاج.

3.3. 9. جودة الخدمات النفسية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية لمرضى الاكتئاب في ظل نظام أدارى:

دراسة ويلز وآخرون (Wells el at, 1999) تهدف إلى تقييم سير العملية العلاجية وجودة الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في ظل نظام إداري متكامل، ولذلك تم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب في 7 مراكز رعاية صحية أولية

تستخدم نظام إداري متكامل بطريقة عشوائية، فبلغت العينة 1204 مريضاً. وكانت العينة تتضمن مرضى الاكتئاب الذين عانوا من أعراض لمدة 30 يوم سواء تم تشخيصهم أولاً خلال 12 شهراً. وكانت مؤشرات الدراسة تعتمد على الحصول على جلسات إرشادية للاكتئاب، التحويل إلى متخصصين، صرف مضادات الاكتئاب خلال 6 شهور. وخلصت الدراسة إلى أن 29% إلى 43% من المرضى الجدد في العيادة سجلوا أعراض خاصة بالاكتئاب أثناء تردهم على العيادة، وأن 35% إلى 42% تم صرف مضادات الاكتئاب لهم خلال 6 أشهر، وأن المرضى الذين لديهم اضطراب الاكتئاب متلازم مع اضطراب القلق لديهم أعلى مستويات من التحسن في العملية العلاجية، وسجلوا أعلى معدل في جودة الخدمات مقارنة مع المرضى الذين يعانون من أعراض اكتئابية فقط. وخلصت الدراسة إلى أن مستوى جودة الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب من متوسط إلى منخفض في مراكز الرعاية الصحية حتى لو استخدمت نظام إداري خاص.

3.3.10. تقييم مدى فاعلية الإرشاد في علاج الأعراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة جوردن وجيرمن (Gordon & Graham, 1996) تهدف إلى التعرف على مدى فاعلية الإرشاد في علاج الأعراض النفسية في الرعاية الأولية وذلك من خلال العمل في 3 مراكز رعاية أولية إرشادية لمدة سنة، حيث كان 95 مريضاً يتلقى الجلسات الإرشادية العلاجية تحت إشراف أخصائي نفسي إكلينيكي، وباستخدام القياس القبلي والبعدي، ومقياس المتابعة بعد 4 أشهر، كانت النتائج كالتالي: العلاج الإرشادي الذي حصل عليه المرضى المحولين بأعراض نفسية كان فعالاً في تقليل حدة الأعراض و فقط المرضى المضطربين جداً احتاجوا للتحويل إلى أخصائي متخصص، وأظهرت الدراسة أن الإرشاد في مراكز الرعاية الأولية ضروري، ويمكن أن يخفف من الضغط والتكلفة، ولكن يجب أن يظل كجزء من الخدمات النفسية وليس كبديل للخدمات المتخصصة.

3.3.11. دراسة تتابعيه لعلاج مرض الاكتئاب في مراكز الرعاية الأولية:

دراسة شليبريك وآخرون (Schulberg et al, 1996) وتهدف إلى التعرف على فاعلية العلاج القياسي للاكتئاب عند تقديمه للمرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية وإذا كان أفضل من العلاج العادي المقدم من قبل الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ولذلك تم

اختيار عينة عشوائية منظمة من المرضى المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتطبق عليهم معايير الإصابة الاكتئاب وكانوا يتلقون أنواع مختلفة من العلاج مثل (العلاج الدوائي "91" مريض، جلسات علاج نفسي تحليلي للعلاقات "93" مريض، وعلاج عادي من قبل الاطباء "92" مريض)، وتم قياس معدل التحسن الذي طرأ على الأعراض وعدد ونسبة الحالات التي تحسنت خلال ثمانية أشهر من المتابعة، خلصت الدراسة أن حدة الأعراض انخفضت بسرعة وبفاعلية أكثر عند المرضى الذين تلقوا العلاج الدوائي أو النفسي مقارنة مع الذين تلقوا العلاج التقليدي من الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية. و أن العلاج التحليلي النفسي والعلاج الدوائي لديه فعالية كبيرة إذا أعطى ضمن معايير ومقاييس محددة لمرضى الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

3.3. 12. مدى فاعلية علاج الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في ظل نظام متعاون:

دراسة كالتون وآخرون (katon el at, 1995) تهدف إلى مقارنة فاعلية العلاج المتعدد الأوجه لمرضى الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية مع العلاج العادي المقدم من قبل الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية، ولذلك تم اختيار عينة عشوائية منظمة من المرضى المصابين بالاكتئاب سواء البسيط أو الحاد وتتم متابعتهم في مراكز الرعاية الصحية الأولية على مدار السنة (12 شهر)، فكان هناك حوالي 217 مريضاً، منهم 91 مريضاً يعاني من الاكتئاب الحاد بينما 126 من الاكتئاب البسيط، قُسم المرضى إلى مجموعتين بطريقة عشوائية، المجموعة التجريبية حصلت على تدخل مكثف ومتكرر في الأسابيع الأولى من العلاج، مع مراقبة مستمرة لصرف الأدوية لهم، وكذلك تلقوا جلسات تنقيف نفسي، وتم إمدادهم بالمواد التنقيفية وأشرطة الفيديو، وكانت إجراءات الدراسة تتضمن قياساً قصير الأمد لمدة 30 يوماً وطويل الأمد لمدة 90 يوماً، ومقياساً لتحديد الرضا عن الرعاية وصرف الأدوية، ومقياس لحدة الأعراض، فأظهرت النتائج أن مرضى الاكتئاب الحاد الأكثر تمسكاً بالدواء بعد مرور 90 يوم، وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الرعاية من وجهة نظر المرضى، حيث إن مرضى الاكتئاب الحاد قيموا الخدمة بأنها من ممتازة إلى جيدة بنسبة 93% مقابل 75%، و أن مضادات الاكتئاب هي الأكثر مساعدة لهم، فحصلوا على نسبة 88.1% مقابل 63.3%، وكان هناك 74% من مرضى الاكتئاب في مجموعة التدخل اظهر منهم 50% انخفاض في معدل الأعراض على مقياس الاكتئاب (Symptoms Checklist-90 Depressive Symptoms Scale) مقارنة مع 43.8% مع

المجموعة الضابطة، وكان هناك انخفاض كبير في حدة أعراض الاكتئاب عند المجموعة التجريبية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة مع ثبات عنصر الوقت للمجموعتين، بالنسبة لمرضى الاكتئاب البسيط كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بالنسبة لتمسك بالأدوية المضادة للاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية فكانت 79.7% مقابل 40.3% ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية كبيرة بين المجموعتين بالنسبة للرضا عن الخدمات فكانت المجموعة التجريبية 94.4% مقابل 89.3% للمجموعة الضابطة.

3. 3. 13. تعليق الباحثة على الدراسات السابقة:

يتضح من عرض الدراسات أن معظمها حديثة وذلك لحدثة فكرة دمج الخدمات النفسية داخل المراكز في كل دول العالم نسبياً، وستقوم الباحثة بالتعليق على هذه الدراسات.

فمن حيث الهدف كانت هناك مجموعة من الدراسات التي تحدثت عن محتويات البرامج النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من حيث طرق العلاج والطريقة الأمثل لتقديم العلاج مثل دراسة ريدسال وآخرون (Ridsdale el at, 2001). وهوك و آخرون (Haug el at, 2000) بينما كانت هناك دراسات أخرى اهتمت بفاعلية الإرشاد بغض النظر عن الطريقة المستخدمة مثل دراسة (Gordon & Graham, 1996).

ومن حيث العينة معظم الدراسات استخدمت عدداً كبيراً من المرضى لتطبيق البرنامج مثل دراسة كلاً من كينك وآخرون (King el at, 2000)، كاتون وآخرون (Katon el at, 1995)، هوك وآخرون (Haug el at, 2000) فكان حجم العينة 464، 217، 625 بالتوالي فكان حجم العينة كبيراً نوعاً ما. وحتى الدراسات التي ركزت على جودة الخدمات النفسية من وجهة نظر المرضى استخدمت عينات كبيرة مثل دراسة كلا من ستين وآخرون (Stein el at, 2004) وويلز وآخرون (Wells el at, 1999).

وبالرغم من تشابه الهدف الرئيسي لمعظم الدراسات وهي مقارنة طرق التدخل إلا أنها استخدمت مقاييس مختلفة فاتفق كلاً من كينك (King, 2000)، ويلز (Wallis, 2000)، وكاتون (Katon, 1995) باستخدام مقياس بيك بينما اتفق كلاً من ريدسال و ويلز وكينك (Ridsdale el at, 2001) (Wallis)، (king) باستخدام مقياس التكيف الاجتماعي، بالإضافة إلى مقاييس أخرى، واتفق كلاً من جونسون (Johnson, 2000)، فليك وآخرون (Fleck el at, 2005) باستخدام مقياس (CES- D) (CIDI).

ومن حيث مدة تطبيق البرنامج كان هناك اختلاف بين الدراسات فبينما شيلبرك (Schulberg, 1996) طبق برنامجه في ثمانية أشهر، أما كينك (king) طبق برنامجه على مدار 12 شهر واتفق بذلك مع كاتون (Katon, 1995).

أما بالنسبة لعدد الجلسات لم تختلف كثيراً بين الدراسات أو البرامج فكانت معظمها تتراوح بين 10-12 جلسة، تبدأ بطريقة مكثفة وتقل بعد مرور 8 أسابيع من العلاج.

والمعايير الأساسية التي اعتمدوا عليها في القياس هي انخفاض حدة الأعراض لدى المرضى ومعدلات صرف الأدوية، وعدد الحالات المحولة إلى أماكن متخصصة.

وانتقلت كل البرامج في تطبيق المقياس مرتين على الأقل في البداية والنهاية، مثل دراسة شيلبرك (Schulberg, 1996) ودراسة بيدى (Bedi, 2000)، ريدال (Ridsdale) بينما طبق كلا من ويلز (Wallis) مقياسه 4 مرات وكاتون (Katon, 1995) 3 مرات.

وانتقلت الدراسات في النتائج على أن العلاج الذي يقدم من قبل المهنيين المختصين في مراكز الرعاية الصحية الأولية أفضل من العلاج المقدم من قبل الأطباء من حيث الفاعلية، كما أظهر ذلك شيلبرك وكينك (king, 2000 and Schulberg, 1996) في دراستهم، وأضاف كل من كاتون وكينك (katon) و (king) أن هذه الفروق توجد فقط إذا كانت مدة تطبيق البرنامج قصيرة.

كما انتقلت الدراسات على أن استخدام الإرشاد النفسي والعلاج الدوائي لهما فاعلية واضحة في خفض الأعراض النفسية. ولكن أظهر كينك (king, 2000) في دراسته أن المرضى الحاصلين على الإرشاد النفسي أكثر رضا بنتيجة العلاج من غيرهم.

كما أظهر بيدى وكينك (king and Bedi) في دراستهم انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعود على فاعلية العلاج أو نتيجته عند ترك الاختيار للمريض، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكلفة بين طرق العلاج، بينما الذي يحدد الطريقة هو المعالج أو المرشد نتيجة السهولة ودرجة تمكنه منها وليس فاعليتها.

أظهر ويلز (Wallis) في دراسته أن العلاج المركز على حل المشكلات يمكن أن يقدم في مراكز الرعاية الأولية من قبل العاملين هناك، ويكون فعالاً بدرجة مساوية للعلاج المقدم من قبل المتخصصين، واتفق بذلك مع هوك و آخرون (Haug) الذي أظهر بدراسته أن تدريب الأطباء على تقديم الخدمات النفسية يكون فعالاً ومجدياً وهذا ما اختلفوا به مع شيلبرك (Schulberg) الذي أظهرت دراسته أن العلاج المقدم من قبل المهنيين المتخصصين أكثر فاعلية. واتفق بذلك مع دراسة اوميغبودن (Omigbodun, 2001) أن تدريب الأطباء لوحده

غير فعال وإنما يجب الدمج الكامل بين العاملين بالمجالين النفسي والطبي.

وتقاربت نتائج الدراسات من حيث تقييم جودة الرعاية النفسية من منخفض إلى متوسط، وأن هناك زيادة في معدل استخدام الأدوية النفسية، حيث أظهرت دراسة ستين (Stein, 2004) أن معدل استخدام الأدوية 40%، وويلز (Wells, 1999) 42%.

وبعد إطلاع الباحثة على هذه الدراسات استطاعت أن تحصل على رؤية أوضح حول خطة سير البرامج الإرشادية المطبقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، من حيث عدد الجلسات، والأساليب المستخدمة في التدخل، والمقاييس التي من الممكن استخدامها في قياس حدة الأعراض النفسية، أو رضا المرضى عن الرعاية وهي ما تهتم به الباحثة في الدرجة الأولى.

وأيضا استطاعت التوصل إلى الطريقة المثلى في الوقت المناسب لتطبيق المقاييس وهي بداية تطبيق البرنامج ونهايته، ومقارنة النتائج إحصائياً باستخدام برامج SPSS واستخدام التحليل البيانات ANOVA.

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة جوردن وجيرمن (Gordon & Graham, 1996) باستخدام مقياس (SCL-90) واستخدام طريقة القياس القبلي والبعدي لمقارنة التغيير الذي يطرأ على حالة المرضى. وكان هناك تشابها واضحا في محور الاهتمام بين الدراسة الحالية ودراسة جونسون (Johnson) وهو رأى المرضى بالعلاج المقدم لهم.

وتشابهت الدراسة الحالية مع دراسة كل من بيدي (Bedi, 2000) وهوك و آخرون (Haug) في فترة التطبيق التي تتراوح ما بين 8-12 أسبوع يتلقى المريض فيها 10 جلسات علاجية كل جلسة تستمر ساعة من الزمن كما في دراسة كاتون (katon, 1996).

كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة كاتون (katon, 1995) باستخدام مقياس (SCL-90) لقياس حدة الأعراض النفسية لدى المرضى، الذي سيتم تطبيقه مرتين مرة في البداية وأخرى في النهاية.

وتشابهت الدراسة الحالية مع دراسة فليكر (Fleker, 2004) من حيث تقييم نموذج علاجي استخدم فيه دمج كامل للفريق النفسي مع الفريق الطبي، وتضمن البرنامج جلسات للإرشاد السلوكي المعرفي، الإرشاد الديني أو الروحي، وصرف الأدوية النفسية للحالات التي بحاجة لذلك، ولساته العلاجية استمرت 10 جلسات، ولكن كان محور اهتمام دراسة فلكر هو عدد الحالات المحولة من قبل الفريق إلى مراكز متخصصة أكثر في تقديم الخدمات النفسية ودرجة التعاون والاتصال بين الفريق النفسي والطبي بينما الدراسة الحالية تهتم بالدرجة الأولى بالتحسن الذي يطرأ على حدة الأعراض النفسية ورأى المرضى في دمج الخدمات النفسية.

وخلصت الباحثة بعد الإطلاع على الدراسات الخاصة بجودة الرعاية النفسية المقدمة في مراكز الرعاية الأولية أن معايير الجودة للرعاية النفسية تحدد في عدد الحالات المحولة وعدد الجلسات الإرشادية ونوعها ومعدل تناول أو صرف الأدوية النفسية. وان جودة الرعاية النفسية بناءً على هذه المعايير كانت منخفضة إلى متوسطة وستؤخذ هذه المعايير بعين الاعتبار في الدراسة.

3. 4. دراسات حول تقييم الخدمات وآراء كل من الجمهور والمهنيين حول الخدمات:

3. 4. 1. تقييم الخدمات النفسية في العاصمة الكويتية من وجهة نظر المنتفعين:

دراسة العيسى وآخرون (Al-Eisa et al, 2005) تهدف إلى تقييم رضا المرضى عن الخدمات داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، واستخدمت لذلك عينة قطعية واستبياناً سنة 2003 وتضمنت الاستبيان معلومات ديمغرافية واجتماعية، وكذلك مستويات مختلفة من الرضا عن الخدمات وكانت الاستبيان تتكون من 1-5 من النقاط تتدرج من غير راضٍ جداً إلى راضٍ جداً وكلما ارتفعت الدرجة ارتفع معدل الرضا، وتكونت العينة من 1250 مريض يتابع بمراكز الرعاية الأولية من عمر 15 سنة فما فوق، فكانت معدل الاستجابة على الأسئلة حوالي 82.8%، واستجابة الإناث كانت 52.2% من المشاركين، وكان متوسط الرضا عن الخدمات 4.59 من الحد الأقصى من الرضا، وحصلت خدمات الصيدلة على أعلى معدل من الرضا فكانت 4.62 وكان الرضا عن المباني حصل على الدرجة الدنيا فكان 3.95%، بينما أظهر كبار السن "فوق 50 سنة" درجات رضا مرتفعة 3.95 على المقياس، والرجال الحاصلين على الابتدائية كانت درجات الرضا لديهم مرتفعة حيث بلغت 4.63 ولم تكن أي دلالة إحصائية لكل من المعلومات الديمغرافية والاجتماعية.

3. 4. 2. تقييم نظام الدمج والتحويل للخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المهنيين:

دراسة جالوا وآخرون (Gallo et al, 2004) تهدف إلى مقارنة دمج العلاج السلوكي في مراكز الرعاية الصحية الأولية مع تحسين نظام التحويل داخل هذه المراكز في الولايات المتحدة الأمريكية، تم سؤال المهنيين العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية المشاركة في

الدراسة عن المفضل لديهم: هل هو الدمج أو تحسين التحويل؟ وكان إجمالي الأطباء الذين شاركوا بالتجربة 127، 93% منهم أفادوا بوجود تحسن في الاتصال والتعاون بينهم وبين العاملين في المجال النفسي، و 93% من المرضى كانوا أقل شعوراً بوصمة العار عند الدمج، وأن هناك تحسن في التنسيق بين الخدمات النفسية والصحية بنسبة 92%، وأن نظام الدمج أدى إلي تحسين الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب بنسبة 64%، 76% لمرضى القلق و66% لمرضى مشاكل الإدمان.

3. 4. 3. تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركياً جراء انتفاضة الأقصى بمحافظة غزة:

دراسة البلتاجي، تيسير (البلتاجي، 2003) وتهدف إلى تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركياً جراء انتفاضة الأقصى بمدينة غزة في الفترة ما بين 28/9/2001 وتقييم خدمات التأهيل المتوفرة، وتشخيص نقاط القوة والضعف فيها، والتعرف على مدى رضا المنتفعين عنها، ومجالات التدخل في تحسينها، ثم توفير البيانات التي من شأنها مساعدة أصحاب القرار في التخطيط لتطوير هذه الخدمة.

وكانت عينة الدراسة 139 شخصاً من مزودي الخدمات سواء كانوا مدراء أو مهنيين عاملين في مؤسسات التأهيل المختلفة، أجاب على الاستبانة 77 شخصاً وتم جمع معلومات الدراسة بيانات شخصية وديمغرافية لأفراد عينة الدراسة وأسئلة حول خدمات التأهيل الطبي ومؤسساته من حيث الموقع، والمباني والمرافق المختلفة، وكانت نتائج الدراسة أن 45% من المنتفعين قد تم تأهيلهم وفق خطة تأهيل، وأن 44% منهم قد شاركوا في وضع الخطة، في حين أجاب 77.1% منهم بأن الخطة قد لبت توقعاتهم. ومن حيث الصعوبات التي كانت تحول دون تلقي خدمات التأهيل الطبي أفاد 74% من العاملين بأنها صعوبات تتعلق بسياسات الاحتلال، حيث يؤثر ذلك أيضاً على وصول المحتاجين لهذه الخدمة، كما ذكر 25% من المستفيدين صعوبات إجرائية تتعلق بآليات التأهيل الطبي.

3. 4. 4. رضا المرضى عن خدمات التصوير الإشعاعي في مدينة غزة من وجهة نظر المنتفعين:

دراسة الهندي، فاطمة (الهندي، 2002) وتهدف إلى تقييم رضا المنتفعين من خدمات الأشعة في غزة باعتباره من المفاهيم الأساسية لتقييم جودة الخدمة الصحية، وكذلك مؤشراً هاماً

لقياس عملية تطوير الخدمة الصحية، كما تهدف إلى تحديد أبعاد الرضا وعلاقته ببعض المتغيرات. وقد شملت الدراسة عينة مكونة من 410 من المرضى المنتفعين من خدمات الأشعة في كلاً من مستشفى الشفاء بغزة ومركز غزة التشخيصي، وكان اختيار العينة بطريقة عشوائية. وسجلت الدراسة نسبة رضا 82.5% عن خدمات الأشعة. كما أظهرت نتائج الدراسة سبعة أبعاد للرضا تضمنت ثقافة المؤسسة، الاستمرارية والمكانية والوفرة والمعاملة والاتصال، والإدراك والراحة والخصوصية والتدخل في تقديم الخدمة. وقد أوصت الدراسة بتحسين وتطوير الأنظمة الإدارية المتعلقة بتقديم الخدمة، وتطوير قدرات العاملين واستمرارية عمليات التطوير.

3. 4. 5. العلاقة التي تربط بين فاعلية الخدمات والرضا عند المرضى متلقي المساعدات الطبية النفسية:

دراسة روهلند وآخرون (Rohland and others, 2000) تهدف إلى الربط بين الرضا عن الخدمات، والرضا عن الحياة والتقرير الذاتي للصحة النفسية. وكانت عينة الدراسة تتضمن 815 مريضاً من مرضى الاكتئاب الذين تلقوا الخدمات النفسية سنة 1993 وتم تقسيم المرضى حسب التشخيص إلى أربع مجموعات: انفصام الشخصية، اضطراب المزاج، اضطرابات القلق، واضطرابات التكيف، وكان اختيار المرضى عشوائياً. لإجراء مقابلة شخصية معهم، لتطبيق المقاييس: وهي مقياس الرضا عن الحياة، والتقرير الذاتي للصحة النفسية وتمت دراسة هذه العلاقة باستخدام معامل الارتباط سبيرمان. وخلصت الدراسة إلى أن مرضى انفصام الشخصية أظهروا الأكثر رضا عن الخدمات وعن الحياة مقارنة مع التشخيصات الأخرى حيث كانت نسبتهم 74% مقارنة مع 70% بالنسبة للرضا عن الخدمات، وحصلوا على 68% مقابل 58% على مقياس الرضا عن الحياة، وكان متوسط الصحة النفسية عند المرضى الفصامين 2.8 مقابل 2.5 لدى المرضى غير الفصامين، وكانت هناك علاقة واضحة لها دلالة ارتباطية إحصائية بين معدل الرضا عن الحياة ومعدل الرضا عن الخدمات النفسية بين مرضى التكيف وانفصام الشخصية، وارتباط المزاج ولكن كانت هذه العلاقة أكثر ضعفاً عند مرضى اضطرابات المزاج.

3. 4. 6. تقييم الوضع الصحي في قطاع غزة في إطار إستراتيجية منظمة الصحة العالمية توفير الصحة للجميع بحلول 2000:

دراسة سكيك، مازن (سكيك، 1999) وتهدف إلى تقييم الوضع الصحي في قطاع غزة من خلال المؤشرات المنتقاة لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بتقييم تنفيذ إستراتيجية توفير الصحة للجميع بحلول سنة 2000، وترتكز هذه الدراسة على تقييم اتجاهات التنمية الاجتماعية

والاقتصادية، خدمات الرعاية الأولية والثانوية والموارد الصحية واتجاهات الوضع الصحي وكان المصدر الرئيسي للمعلومات في هذه الدراسة هو تقارير المؤسسات الحكومية وغير الحكومية وقواعد البيانات. وكان من خلال المؤشرات التي تم جمعها سواء صحية أو اقتصادية أو اجتماعية التعرف على مدى التقدم الذي تم إحرازه للوصول إلى إستراتيجية الصحة للجميع سنة 2000 ومقارنة هذه المؤشرات إقليمياً وعالمياً، وقد بينت الدراسة بأن الأوضاع الصحية والخدمات الصحية المتوفرة في وضع جيد إذا ما تمت مقارنتها إقليمياً، ومع ذلك فلا تزال هناك فجوة طبية بينها وبين الدول المتقدمة وبين إقليم أوروبا. وأوصت الدراسة بضرورة العمل على تشجيع البحث في التعرف على حقيقة الأوضاع سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو صحية وقياس مواطن الضعف والقوة في مشاريعنا الصحية وعمل دراسات شاملة لدراسة الوضع الصحي والخدمات الصحية يغطي كافة المحافظات الفلسطينية في الوطن.

3.4.7. تقييم الخدمات النفسية في قطاع غزة خاصة وفلسطين عامة سنة 1999:

دراسة عمر، عبد الرحمن (عمر، 2001) وتهدف إلى تقييم خدمات الصحة النفسية في قطاع غزة، وضمنت عينة الدراسة 5 مؤسسات تقدم خدمات صحة نفسية بقطاع غزة، وهي: مستشفى الطب النفسي، ودوائر الصحة النفسية المجتمعية في وزارة الصحة، برنامج غزة للصحة النفسية المجتمعية وهو منظمة غير حكومية، الخدمات الطبية العسكرية ودائرة الصحة التابعة لوكالة الغوث الدولية، بالإضافة إلى 31 مؤسسة تقدم خدمات داعمة للصحة النفسية من المنظمات الحكومية، والتي تم التعرف عليها من دليل الأمم المتحدة للمنظمات غير الحكومية بغزة 1998 وقد استجابت 19 مؤسسة منها.

وقد صمم لهذه الغاية استبانتان الأولى صممت لجمع البيانات عن المؤسسات التي تقدم خدمات الصحة النفسية والخدمات المساندة للصحة النفسية، لمعرفة إمكانيات هذه المنظمات والأنشطة والخدمات التي تقوم بها. أما الأخرى فقد ركزت على جمع البيانات من المهنيين العاملين في هذه المؤسسات عن تخصصاتهم ومؤهلاتهم العلمية ومستوى تدريبهم. وكانت أبرز النتائج التي وصلت لها الدراسة أن هناك أسباباً متعددة لمحدودية وتدني مستوى خدمات الصحة النفسية في فلسطين، لعل أبرزها عدم تمتع الصحة النفسية بالأهمية اللائقة في قائمة أولويات صانعي السياسات، بالإضافة إلى الإستراتيجية الضعيفة في هذا المجال والاتجاه لتأسيس خدمات الطب النفسي في المستشفيات والمؤسسات الصحية، ووضوح مدى الحاجة الملحة لتقوية خدمات الصحة النفسية في قطاع غزة، وأن هذا لن يتأتى في ظل الإمكانيات المحدودة بدون التوجه إلى

خدمات الصحة النفسية المجتمعية لتلبية احتياجات السكان المتزايدة في هذا المجال، وأوصت الدراسة بضرورة دمج خدمات الصحة النفسية في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

3.4.8. أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المراكز الصحية الأولية في محافظة المفرق الأردنية:

دراسة الطعمنة، محمد وآخرون (الطعمنة وآخرون، 1994) وتهدف إلى معرفة مدى فعالية الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية في محافظة المفرق من خلال استطلاع آراء المستفيدين وانطباعاتهم عن بعض جوانب الخدمة التي يمكنهم إصدار حكم بشأنها، ولهذا تم تصميم استبانة وزعت على عدد من المراجعين في 30 مركز صحي قدر عددهم بحوالي 222 فرداً تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

ولقد أظهرت نتائج الدراسة: أن لدى أفراد عينة الدراسة انطباعات سلبية تجاه البيئة الخارجية والداخلية للمراكز الصحية خاصة في النواحي التالية: مدى توفر وسائل الراحة في قاعات الانتظار، والنظافة بشكل عام، ومدى توفر الأدوية، ومدى المشورة بين الطبيب والمريض، وتوفر الطعام. كما تبين أن لديهم انطباعات سلبية نحو المشاركة في برامج الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الصحية التي تقدم خارج المراكز الصحية، في حين تبين أن هناك اتجاهًا إيجابيًا نحو مجال نظم وإجراءات العمل، وكذلك تعامل الطبيب وجهاز التمريض مع المستفيدين.

وأنه لا دور يذكر للوضع الاجتماعي والواسطة في الحصول على الخدمة، وفُسر ذلك لقلّة الفوارق الطبقيّة والاجتماعية في بيئة أقرب إلى البادية منها إلى الريف. وتبين بشكل عام أن أفراد عينة الدراسة لديهم انطباعات إيجابية تجاه مجمل الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية في محافظة المفرق، حيث بلغ المتوسط الحسابي لرضا المبحوثين (3.7) بمتوسط مئوي مقداره 74%. وأظهرت أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رضا أفراد عينة الدراسة عن الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية تبعاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، ونوع التأمين الصحي، في حين أنه لم تظهر أية فروق في هذا المجال طبقاً لمتغيري الجنس والحالة الاجتماعية.

3.4.9. تعليق الباحثة حول الدراسات السابقة:

تم الإطلاع على بعض الدراسات التي حاولت تقييم بعض الخدمات الصحية في قطاع غزة فكانت دراسة (البلتاجي، 2003) عن تقييم خدمات التأهيل في قطاع غزة، والتي أظهرت

أن هناك قصور واضح في هذه الخدمات وأن الخدمات النفسية تمثل فقط 33.8% من خدمات التأهيل، وأوصي بضرورة زيادة العمل على دمج خدمات التأهيل النفسي ضمن خدمات التأهيل في فلسطين.

ودراسة (سكيك، 1999) حول تقييم الوضع الصحي بشكل عام التي أظهرت أن الخدمات الصحية في فلسطين جيدة إذا ما قورنت دولياً، ولكن الاثنين (سكيك والبلتاجي) اعتمدا بشكل كبير في تقييمهم على رأي المهنيين والتقارير الصادرة سواء كانت حكومية أو غير حكومية، ولم تكن هناك أي جزئية في دراستهم تتحدث أو تهتم برأي الجمهور أو المنتفعين من هذه الخدمات، واتفق معهم (عمر، 1999) في طريقة جمع المعلومات عند تقييمه للخدمات النفسية في القطاع، فاعتمد على رأي العاملين في هذا المجال سواء كانوا من الأفراد أو المؤسسات، ولم يهتم برأي المنتفعين وأظهرت دراسته أن هناك محدودية وتدنياً في الخدمات النفسية في قطاع غزة من وجهة نظر المهنيين، وبذلك اتفق مع دراسة هيلت (Highet, 2002) التي أظهرت أن الخدمات النفسية لا تعتبر جزءاً أساسياً وكبيراً من مكونات الصحة، ولكن هيلت (Highet, 2002) اهتم برأي الجمهور وبهذا اتفق رأي الجمهور في استراليا ورأي المهنيين في فلسطين.

اهتمت دراسة جالوا (Gallo, 2004) برأي الأطباء في دمج الخدمات النفسية، فأظهرت أن 93% من الأطباء يوافقون أن الدمج حسن من الاتصال والتعاون والتنسيق بينهم وبين مقدمي الخدمات النفسية، وأشاروا إلى أن الدمج ساعد مرضاهم على الشعور بأقل وصمة عار، وتختلف هذه الدراسة عن الدراسة الحالية التي اهتمت برأي المرضى نحو دمج الخدمات، لأن المرضى قادرون على تحديد درجة رضاهم أو تغيير اتجاههم.

وفي دراسة (قوتة، 2000) عن الاتجاهات كانت هنالك بعض الأسئلة التي وجهت للمنتفعين حول رأيهم في خدمات برنامج غزة للصحة النفسية، فأظهرت أن 89.1% من الأفراد راضون عن الخدمة التي قدمت لهم من البرنامج، وتم الاستفادة من هذه الدراسة بشكل كبير، حيث أظهرت الجوانب التي يمكن قياسها لتقييم خدمات البرنامج النفسي.

وانفقت دراسة (قوتة) مع دراسة (العيسي، 2005) أن الجمهور راضٍ عن الخدمات النفسية المقدمة له، ولكن في الكويت كان الرضا متوسطاً.

ولكن من الملاحظ بعد الإطلاع على الدراسات أنه سواء اهتمت برأي الجمهور أو رأي المهنيين كانت توصي بضرورة الدمج للخدمات النفسية والعمل على تحسينها وتدريب العاملين في مراكز الرعاية الأولية، لأنهم الخط الأول للتدخل والتعرف على هذه الاضطرابات.

قامت (الهندي، 2002) بتقييم خدمات الأشعة في قطاع غزة من وجهة نظر المنتفعين وأظهرت أن الرضا يتضمن سبعة أبعاد حسب ما يراه المستفيد، وهي ثقافة المؤسسة، الاستمرارية، المكانية، الوفرة، المعاملة، الاتصال، الإدراك، الراحة، والخصوصية والتدخل في تقديم الخدمة وأوصت (الهندي) بضرورة أخذ هذه المعايير عند التحدث عن رضا المنتفعين عن الخدمات.

وأضاف (الطعامنة، 1994) في دراسته أن النظافة ووقت المشورة بين الطبيب والمريض والمشاركة في العملية العلاجية لهما دوراً أساسياً في رضا المنتفعين عن الخدمات. وسوف نهتم بهذه الدراسة بأخذ هذه المعايير بالاعتبار عند تصميم الاستبيان الخاصة برضا المنتفعين.

3. 5. دراسات تناولت اتجاهات الجمهور نحو الخدمة النفسية:

3. 5. 1. اتجاهات القطريين نحو الإرشاد:

دراسة المالكي، موزة (المالكي، 2003) وتهدف إلى التعرف على اتجاهات المواطنين القطريين نحو الإرشاد الزوجي والأسري، وقد استخدمت عينة عشوائية ذوي أعمار 24 سنة فأكثر (ن=247)، واستخدمت الدراسة مقياساً يتضمن ستة أبعاد للإرشاد النفسي بوجه عام، التحديات التي تواجه الإرشاد النفسي، المرشد النفسي، دور الإرشاد في التربية الأسرية، والإرشاد قبل الزواج، الإرشاد أثناء الزواج، الإرشاد بعد انتهاء الزواج سواء بالطلاق أو بالوفاة. وقد تم استخدام برنامج للمعالجة الإحصائية. وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية: أن هناك اتجاهًا إيجابيًا ضعيفًا عن الإرشاد الزوجي والأسري بوجه عام أو على مستوى كل بعد والأبعاد السبعة التي شملها المقياس، وخلصت الدراسة أن الاتجاه نحو المرشد النفسي هو البعد الوحيد الذي عبر المفحوصون عن اتجاه سلبي بشأنه، أما الأبعاد الخمسة الأخرى فقد عبر المفحوصون عن اتجاه إيجابي ضعيف بشأنها.

3. 5. 2. اتجاه ووعي الجمهور في استراليا اتجاه المرض النفسي:

دراسة هيلت وآخرون (Highet el at, 2002) وتهدف إلى التعرف على درجة الوعي والفهم لمرض الاكتئاب في استراليا سنة 2001، والإطلاع على العوامل الشخصية والخبرات التي تلعب دوراً في تحديد درجة الوعي والاتجاه نحو المرض، ولذلك قام فريق البحث بدراسة

مسحية عرضية عشوائية لـ 900 شخص بواسطة مكالمة تليفونية، وكانت أهم الأشياء المراد قياسها درجة الوعي المجتمعي، والمعرفة والاتجاه نحو الاكتئاب، والعلاج المتوفر في استراليا، وكانت أهم النتائج التي خلصت لها الدراسة: أن المجتمع الاسترالي لا يرى الصحة النفسية كجزء كبير وأساسي من مكونات الصحة العامة إذا تم سؤاله بشكل خاص عنها، وتم تصنيف الاكتئاب بأنه أكثر الأمراض النفسية انتشاراً، وكان التعرف عليه مرتفعاً عند السيدات وصغار السن، وحوالي 58% من العينة كانت لديها أو لدى أحد أفراد أسرتها خبرة بالاكتئاب، ونصف المستجيبين استطاعوا التفريق بين أعراض الاكتئاب وأعراض الحزن الطبيعي، ولكن الوعي للعوامل المساعدة أو الداعمة أو عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب كانت محدودة، ومعظم الناس فضلوا العلاج الشخصي الذاتي أو العلاج غير الدوائي، ولكن نظرة المجتمع اتجاه مضادات الاكتئاب كانت أقل سلبية مما هو متوقع، وأعتبر الأطباء العامين أو العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية هم الخط الأول والمفضل للحصول على الاستشارة النفسية بين كل العاملين بالمجال الطبي.

3. 5. 3. الاتجاهات نحو المرض النفسي:

دراسة زقوت، سمير (زقوت، 2001) تهدف إلى دراسة اتجاهات المرضى النفسيين نحو المرض النفسي، وعلاقة هذه الاتجاهات ببعض المتغيرات الديمغرافية كالعمر والجنس والمستوى التعليمي والدخل، ومحاولة الوصول إلى بعض المقترحات والتوصيات التي تساعد في الوصول لمفهوم أفضل للمرض النفسي في قطاع غزة. وكانت عينة الدراسة (200) شخصاً مقسمين (100) شخص من المترددين على عيادات برنامج غزة للصحة النفسية، (100) شخص من المترددين على أربعة من المعالجين التقليديين. واستخدم مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي. وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاتجاهات المعاصرة نحو المرض النفسي عند مستوى دلالة 0.05 بين المترددين على المعالجين النفسيين والمترددين على المعالجين التقليديين لصالح المترددين على المعالجين النفسيين، يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الاتجاهات التقليدية نحو المرض النفسي عند مستوى دلالة 0.05 بين المترددين على المعالجين التقليديين، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عامل الجنس، حيث تبين أن الذكور لديهم اتجاهات معاصرة أكثر من الإناث، ولديهم شعور بالوصمة أكثر من الإناث، ويوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي عند مستوى 0.05 ترجع إلى عامل الدخل، حيث تبين أن ذوي الدخل الممتاز والجيد لديهم اتجاهات معاصرة أكبر من ذوي الدخل المتوسط والمتدني،

وفي نفس الوقت لديهم شعور بالوصمة اكبر من ذوي الدخل المتوسط والمتدني.

3. 5. 4. اتجاهات الجمهور الفلسطيني نحو المرض النفسي وبرنامج غزة للصحة النفسية:

دراسة قوتة وتمراز (قوتة وتمراز، 2000) وتهدف إلى التعرف على اتجاهات الجمهور عن برنامج غزة للصحة النفسية ورضاهم عن الخدمات المقدمة من قبل برنامج غزة للصحة النفسية، وكانت عينة الدراسة طبقية عشوائية حيث بلغ عددها 1684 فرداً موزعين على المحافظات الخمس في القطاع حيث اختيرت من كل محافظة ومخيم وقرية عشوائياً، واستخدمت الدراسة أدوات عبارة عن استمارة مكونة من ثلاثة أجزاء، الجزء الأول معلومات عامة، الجزء الثاني متعلق باتجاهات الجمهور عن البرنامج وتقييم الخدمات المقدمة من قبل البرنامج، الجزء الثالث يتعلق باتجاهات الناس نحو الأمراض النفسية، وتتكون الاستمارة من 30 بند. وكانت النتائج توضح أن رضا الجمهور عن الخدمات المقدمة من البرنامج كان 89.1% من الأفراد يوافقون على أن الخدمة التي تلقوها تلأم احتياجاتهم العاطفية نحو الأمراض النفسية، ويوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عالية بين الاتجاه التقليدي نحو المرض النفسي والعمر ويكون واضح عند كبار السن، ويوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بالنسبة للاتجاه العاطفي نحو الأمراض النفسية وأن الذكور لديهم ميول عاطفي أكثر من الإناث بالنسبة للمرض النفسي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث للاتجاهات الغربية والتقليدية وعامل الوصمة اتجاه الأمراض النفسية.

3. 5. 5. معرفة الناس بالصحة النفسية وتوجهاتهم والمفضل لديهم من العلاج:

دراسة ميكس وآخرون (Mickus et al, 2000) تهدف إلى التعرف على اتجاهات الناس نحو الصحة النفسية ومدى معرفتهم بها وتوجهاتهم للحصول على الخدمة. ولذلك اختيرت عينة عشوائية من الناس عن طريق دليل التلفون لحوالي 1358 بالغاً في مدينة ميتشيجن سنة 1997-1998، وافق على الاشتراك بالدراسة 1095 شخصاً، فكانت نتائج الدراسة كالتالي: أن 76% لم تكن لديهم أي معلومات حول الصحة النفسية، و71% أشاروا إلى أن الاستفادة من الخدمات النفسية متضمنة في تأمينهم، و فقط 5% أشاروا أن خدمات الصحة النفسية لا يغطيها تأمينهم الصحي بينما، 24% لم يكن لديهم تأمين صحي، 43% من العينة مؤمنون بأن فوائد

الصحة النفسية مساوية لفوائد المراكز الطبية، حوالي ربع المستجيبين البالغين أشاروا إلى أنهم لن يطلبوا المساعدة حتى لو كانوا بحاجة إليها بشكل عام، ولكن أغلبهم أشار إلى أنهم سيلجأون إلى طبيبيهم العام للحصول على الاستشارة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وكان المجيبون على الاستبيان يختلفون في العمر، فالأشخاص فوق 65 سنة الأكثر طلباً للمساعدة من طبيبيهم الخاص في مراكز الرعاية الصحية الأولية حول مشاكلهم النفسية مقارنة مع الأصغر سناً. **وخلصت الدراسة إلى أن عامة الناس يفتقدون إلى المعلومات حول فوائد الصحة النفسية، وهذا النقص في المعلومات يمكن أن يفسر الحاجز بينهم وبين المهنيين في هذا المجال، من حيث اتجاههم لطلب الخدمة وقت الحاجة، وإعطاء معلومات حول المرض النفسي، وطرق العلاج خصوصاً للعاملين في المجال الطبي في مراكز الرعاية الصحية الأولية من الأشياء الهامة والضرورية.**

3. 5. 6. المفضل من العلاج بين مرضى الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

دراسة جونسون وآخرون (Johnson et al, 2000) وتهدف إلى فهم الخصائص الموجودة عند المرضى ويمكن أن تؤثر على تلقيهم العلاج، وقام الباحثون بدراسة المفضل من العلاج لهؤلاء المرضى وتوقعاتهم المستقبلية وكانت الأداة المستخدمة بواسطتهم الاستبيانات والمقابلات الشخصية وتم ذلك في 46 مركز رعاية صحية أولية في 7 مناطق مختلفة في الولايات المتحدة، وتكونت عينة من 1187 مريضاً ممن يتحدثون اللغة الإنجليزية والأسبانية ولديهم أعراض اكتئابية متكررة، وتم تشخيص الاكتئاب والتعرف عليه بواسطة مقياس (Composite International Diagnostic Interview CIDI) واستخدم أيضاً مقياس (Center for Epidemiological Studies Depression scale CES-D) وتم سؤال المرضى عن المفضل لديهم من العلاج، وجمع معلومات حول الخصائص الشخصية لهم من خلال الاستبيانات والمكالمات التليفونية، وأظهرت الدراسة أن 83% من العينة كانت لديها رغبة بالحصول على العلاج، والأغنياء هم الأكثر رغبة بالحصول على العلاج ولديهم معرفة أكبر بمضادات الاكتئاب مقارنة مع من لا يرغب بالعلاج، وكانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المفضل من أنواع العلاج لصالح الإرشاد بنسبة 67% بين المرضى الذين يرغبون بالعلاج، وكانت فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفارقة الأمريكيين والبيض لصالح الأفارقة في اختيار طريقة الإرشاد كطريقة علاج، ووجد أيضاً أنه كلما زادت المعرفة بالإرشاد كلما زادت احتمالية اختياره كطريقة علاج، و47% من المرضى الراغبين بالحصول على العلاج فضلوا الحصول

على الإرشاد الجمعي عن الإرشاد الفردي.

3. 5. 7. انطباع المرضى وتوجهاتهم حول الإرشاد في مراكز الرعاية الأولية:

دراسة تومس، بيتر (Thomas, 1993) وتهدف إلى اكتشاف إذا كان المرضى قادرين على التعرف على حاجتهم إلى الإرشاد، وأماكن الحصول على الخدمة، والتعرف على المشاكل العاطفية والنفسية، والتي من الممكن أن يكون الإرشاد مجدياً لها من وجهة نظرهم، وللتعرف على قدرتهم على تعريف المرشد أو طبيعة عمله، والتعرف على نوعية الإرشاد المفضل لديهم، والفوائد من وجهة نظرهم من وجود الإرشاد في مراكز الرعاية الأولية. ولذلك تم اختيار 100 مريض يترددون على مراكز الجراحة في مراكز الرعاية الأولية، فكان منهم 68 من الإناث و25 من الذكور و7 غير محددين، وكانت أعمارهم بين 18-64 فقط الحالة الاجتماعية كانت متضمنة في الاستبيان.

وخلصت الدراسة إلى أن 46% من المستجيبين أظهروا أنهم لن يتحدثوا مع مرشد نفسي حول مشاكلهم الحالية أو الماضية في السنوات الثلاث السابقة، و53% كان لديهم شعور بأنهم بحاجة إلى شخص ما خارج نطاق العائلة والأصدقاء، و42% قالوا أنهم يشعرون بأقل ضغط وأكثر ثقة عند التحدث مع المرشد. بينما 32% قالوا بأنهم يشعرون بأقل ارتباك، و14% تمنوا بأن يشعروا بالسعادة اتجاه أنفسهم واتجاه العالم، و5% تمنوا أن يجدوا نظام حياة أفضل لهم وأن يساعدهم المرشد على ذلك.

وبالنسبة لانطباع المرضى حول المشاكل التي من الممكن أن يكون الإرشاد مفيداً لها، فكان هناك 51% من المرضى تحدثوا عن مشاكل القلق والاكتئاب في الدرجة الأولى، وفي الدرجة الثانية فقدان والحزن بنسبة 16%، بينما الحصول على استشارة بخصوص المشاكل بالعلاقات كانت بنسبة 11%.

وبالنسبة لمفهوم المرضى عن الإرشاد والمرشد فقط مريض واحد أعطى تعريفاً صحيحاً للطبيب النفسي، ومريض واحد فقط أعطى تعريفاً صحيحاً للمرشد النفسي. بينما 34% من المرضى عرفوه بأنه الشخص الذي يسمع ويعطي النصائح، و59% اختار التعريف الذي يتحدث عن مساعدة الناس على التقبل والتكيف. وبالنسبة للهدف من الإرشاد 5% من المرضى تحدثوا بأنه يساعدهم على اكتشاف مشكلاتهم وزيادة إدراكهم الذاتي، و34% استطاعوا الإجابة بشكل صحيح على ثلاثة أسئلة تتعلق بدور وهدف الإرشاد.

وفي التحدث عن مشاعر الخوف لديهم من رؤية المرشد 33% لم يستطيعوا تفسير

مصدرة، بينما 4% تحدثوا عن خوفهم من أن يتحدث أصدقائهم وعائلاتهم بأنهم مرضى نفسيين، و34% تحدثوا على أن الخوف الأكبر لديهم ليس له علاقة بعدم قدرتهم على التكيف، وهذا يمكن أن يفسر بأنه لا يزال بعض الناس يعتقدون أن رؤية المرشد نوع من الضعف لديهم أكثر من القوة. وبالنسبة لانطباع المرضى حول شخصية المرشد ونظام التحويل 37% من المرضى يفضلون رؤية مرشد من نفس جنسهم و26% يفضلون من نفس عمرهم و40% يفضلون أن يكون المرشد من نفس العرق والثقافة، و5% يفضلوا أن يكون ذكياً وجذاباً. بينما كان هناك حوالي 30% ليس لديهم أي شيء مفضل.

وحول مكان وجود المرشد 3% من المرضى لا يفضل أن يرى أحد في أي مكان، و2% يفضل أن يرى المرشد في مكان خاص وباختياره، و6% يفضلون أن يتم تحويلهم إلى المستشفى أو خارج العيادة، و85% يفضلون رؤية المرشد بجوار الطبيب، وحوالي 93% سيتجهون لرؤية المرشد النفسي في حالة اقتراح الطبيب عليهم، وبالنسبة للفوائد التي تعود من وجود الإرشاد في مراكز الرعاية الأولية، 34% أن وجود المرشد بجوار الطبيب يقلل الشعور بالخوف من المجهول، 60% من المرضى لديهم مخاوف من احتمالية أن يراهم احد داخل المركز، 16% لديهم مخاوف من عدم سرية المعلومات، 49% كانت لديهم مخاوف من فقدان قدرتهم على الاختيار.

3. 5. 8. تعليق الباحثة حول الدراسات السابقة:

اتفق كل من جونسون (Johnson, 2000)، وهيلت (Highet, 2002)، بان المرضى يفضلون الحصول على الإرشاد أو العلاج غير الدوائي. وظهر ميكس (Mickus, 2000) أن ربع العينة لديه سيلجئون إلى الطبيب العام للحصول على الخدمة، وظهر توماس (Thomes, 1993) بدراسته أن 85% من الناس يفضلون رؤية المرشد بجوار الطبيب، وان 93% منهم سيلجئون إلى المرشد إذا اقترح طبيبه العام عليهم.

وكانت هناك مجموعة من الدراسات التي تحدثت عن اتجاهات الجمهور نحو الخدمات النفسية والأمراض النفسية فاتفق كل من هيلت (Highet, 2002) و(قوته، 2000) و(زقوت، 2000) و ميكس (Mickus, 2000) بان توجه الجمهور نحو الأمراض النفسية ومكان طلب الخدمة يختلف باختلاف العمر فهناك توجه ايجابي عند صغار السن ولكن اختلف معهم توماس (Thomes, 1993) بذلك الذي أظهر أن لا علاقة لعمر المريض في التوجه نحو طلب الخدمة. اتفق قوته وزقوت بأن مستوى التعليم يلعب دوراً كبيراً في تحديد الاتجاه نحو طلب الخدمة،

وأضاف زقوت أن الدخل والمستوى الاقتصادي له دور في الاتجاه.دراسة قوتة تحدثت أن الشعور بالوصمة مرتفع لدي السيدات وربات البيوت، وهدف البرنامج الذي نحن بصدد تقييمه تقليل الشعور بالوصمة عن طريق وجود الخدمات النفسية في مكان مألوف ومعروف من قبل السيدات.

4 الفصل

إجراءات
الدراسة

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

4. 1. مقدمة:

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهجية البحث ومجتمع الدراسة وعينيتها، إضافة إلى الخطوات التي اتبعت في إعداد المقاييس، وكذلك الخطوات التي تم إتباعها للتحقق من صدق وثبات الأدوات، كما يشتمل هذا الفصل على وصف للمعالجات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات واستخراج النتائج.

4. 2. منهج البحث:

هو الوسيلة التي يستخدمها الباحث للإجابة على الأسئلة التي تثيرها المشكلة موضوع الدراسة، وهو تناول الباحث للظاهرة من حيث ملاحظتها والتحدث عنها، بما يساعد على رصدها ووضعها وتفسيرها (الأغا، 1997: 73). ولأن الدراسة الحالية هي دراسة تهتم بمدى فاعلية إجراء معين، وهذا يعتبر جزءاً من عملية التقييم وتتبع الأسلوب التحليلي في وصف وتفسير النتائج، ولذلك فإن المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج التحليلي التقييمي.

4. 3. مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الحالات التي تتلقى الخدمات الإرشادية العلاجية في برنامج الدعم النفسي في جمعية أروض الإنسان في فرعها بخان يونس وغزة.

وقد بلغ عدد أفراد المجتمع الأصلي للدراسة (250) سيدة موزعة على العيادتين بالتساوي وفق

تقرير الجمعية (تقرير أرض الإنسان، 2005).

4.4. عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من:

عينة استطلاعية: Pilot sample

1. حيث قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة (مقياس الرضا) على عينة استطلاعية قوامها (40) سيدة لمقياس الرضا ممن يتلقين الخدمات الإرشادية في عيادات جمعية أرض الإنسان، وذلك للتحقق من صدق وثبات الأداة وقد اختارت الباحثة العينة بطريقة عشوائية من السيدات المراجعات في البرنامج.
2. قامت الباحثة باختيار (25) سيدة ممن لا يتلقين الخدمات النفسية وذلك للتحقق من ثبات أداة الدراسة (مقياس الاتجاهات نحو وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية).

العينة الفعلية Actual sample:

تكونت عينة الدراسة من (40) سيدة من أصل (250) موزعة على فرعي الجمعية. فقد تم اختيار السيدات اللواتي راجعن برنامج الدعم النفسي في الفترة ما بين شهر فبراير 2006 وحتى نهاية شهر مايو 2006. فكان عدد الحالات الآتي تم تحويلهن لتلقي خدمات نفسية (40) حالة. ملاحظة: بلغ عدد السيدات اللواتي حولن لتلقى الخدمة النفسية 51 سيدة وخلال فترة المتابعة انسحبت 11 سيدة ولذلك تم استثنائهن من الدراسة لعدم التمكن من الوصول إليهن ورفضهن للمتابعة.

مبررات اختيار عينة الدراسة:

- التقرير الصادر عن برنامج الدعم النفسي في جمعية أرض الإنسان يفيد أن 50% من الحالات المسجلة لدي الجمعية لديها أعراض اكتئابية بينما 23% تعاني من أعراض القلق والخوف و 15% تعاني من العنف المنزلي و 8% مشاكل في العلاقات باستخدام كتاب التشخيص الأمريكي النسخة الرابعة (DSM IV) وحسب التقييم النفسي للحالات المترددة للجمعية فهناك حوالي 50% من السيدات بحاجة لتدخل نفسي.
- السيدات اللواتي يتلقين الخدمات النفسية هم الأكثر قدرة علي تحديد مدي الفائدة المرجوة

من وجود هذه الخدمات في مراكز تلقي الرعاية الصحية الأولية.

وصف لعينة الدراسة:

أولاً: البيانات الديمغرافية السكانية لعينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من الأمهات اللاتي يترددن على مراكز الرعاية الصحية الأولية لتلقي الخدمة الطبية، وقد تراوحت أعمارهن بين (19 إلى 41) سنة وبمتوسط حسابي مقداره 28.1 وانحراف معياري مقداره 5.4 سنة، وقد بينت البيانات الوصفية أن 60% من الأمهات في العينة مستواهن العلمي إحصائي وثنائي، بينما 25% منهن مستواهن التعليمي ابتدائية فأقل، و15% منهن مستواهن التعليمي جامعة فما فوق، ويتضح ذلك من خلال جدول (1.4).

جدول 1.4

المستوى التعليمي للأمهات في العينة (ن = 40)

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
25.0	10	ابتدائية فأقل
60.0	24	إحصائية وثنائي
15.0	6	جامعة فما فوق
100.0	40	المجموع

ثانياً: طريقة تحويل أفراد العينة لبرنامج الدعم النفسي:

تبين البيانات التي تم جمعها أن 60% من السيدات انضمت لبرنامج الدعم النفسي بعد حضورهن محاضرة نفسية تتناول الحديث عن بعض الاضطرابات النفسية أو المشاكل التي تعاني منها السيدات، و تبين البيانات أن هناك 17.5% من السيدات قد حولن من قبل طبيب الرعاية أو الممرضة العاملة هناك، بينما 15% حضرن بأنفسهن لطلب الخدمة بسبب إدراكهن أنهن يعانين من مشكلة وبحاجة إلى مساعدة، وكانت هناك 7.5% منهن قد حضرن بواسطة فرد من العائلة. ويتضح ذلك من خلال جدول (2.4).

4. 5. أدوات الدراسة:

1. مقياس مراجعة الأعراض (SCL-90) وذلك للإطلاع على التغيير الذي يطرأ في حدة الأعراض النفسية عند السيدات بعد التدخل، وذلك من خلال مقارنة النتائج قبل وبعد التدخل، وهو من ترجمة عبد الرقيب أحمد البحيري.

جدول 2.4

طريقة تحويل العينة للبرنامج (ن = 40)

النسبة%	التكرار	طريقة التحويل
17.5	7	تحويل من الفريق الطبي
7.5	3	العائلة
15	6	بنفسها
60	24	بعد حضورها محاضرة تثقيفية نفسية
100.0	40	المجموع

2. استبانته للتعرف على التغيير الذي طرأ على اتجاهات المنتفعات نحو وجود الخدمات الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية وهو من إعداد الباحثة (تطبيقه قبل وبعد التدخل).

3. استبانته للتعرف على رضا المنتفعات عن الخدمات المقدمة لهن، وهو من إعداد الباحثة، وسوف يتم تطبيقه مرة واحدة بعد الانتهاء من العملية الإرشادية.

أولاً: مقياس قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90):

من إعداد ليونارد ر. ديروجيتس، رونالد س. ليمان، لينو كوفي (Leonard R. Derogatis, Ronald S. Lipman & Lino Covi) وترجمة الدكتور عبد الرقيب أحمد البحيري (ملحق 2).

وصف مقياس قائمة مراجعة الأعراض:

أعد الدكتور عبد الرقيب أحمد البحيري الصورة العربية للمقياس، وهو نسخة طبق الأصل من (Symptoms Check List 90) ويتم اختصاره ب SCL-90 من إعداد ليونارد ر. ديروجيتس، رونالد س. ليمان، لينو كوفي (Leonard R. Derogatis, Ronald S. Lipman & Lino Covi)، وهذا المقياس عبارة عن قائمة تقدير إكلينيكي ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المترددين على العيادات النفسية، وتشتمل على 90 عبارة تعكس 9 أبعاد للأعراض الأولية والتي يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض السلوكية التي تلاحظ لدى المترددين، ويمكن تصنيف أبعاد هذه القائمة كما يلي:

البعد الأول: الأعراض الجسمية (Somatization): تعكس العبارات التي تعبر عن الألم

والضيق، وينتج عنها مشاعر الاختلال الوظيفي في الجسم، وتعكس الأعراض الجسمية المماثلة للقلق.

البعد الثاني: الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive): يركز علي الأفكار، والدوافع القهرية، والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا تفتقر ولا تقاوم، وتبدو غريبة بالنسبة لذاته أو غير مرغوب فيها، ويشمل هذا البعد أيضا السلوك الذي يشير إلى صعوبات معرفية، على سبيل المثال اضطرابات التذكر، خلو الذهن من أي أفكار، وغير ذلك، وصعوبة في التركيز.

البعد الثالث: الحساسية التفاعلية (Interpersonal sensitivity): تتركز على مشاعر القصور والإحساس بالنقص في حالة المقارنة بالآخرين، ويتميز الأشخاص دون المستوى العالي من الحساسية التفاعلية بتقليل الذات، والانزعاج، وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين.

البعد الرابع: الاكتئاب (Depression): ويشمل هذا البعد أعراض المزاج اليائس، وعلامات الانسحاب، وعدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية، وفقدان الطاقة الحيوية، مشاعر اليأس، وعدم النفع، وملازمات الاكتئاب المعرفية والجسمانية، وعبارات ذات صلة بالأفكار الانتحارية.

البعد الخامس: القلق (Anxiety): يشمل هذا البعد على مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الوجهة الإكلينيكية.

البعد السادس: العداوة (Hostility): ويشمل البعد على 3 فئات من العداوة على مستوي الأفكار، المشاعر، الأفعال.

البعد السابع: قلق الخواف (Phobic Anxiety): ويتم الحديث فيها عن المخاوف ذات العلاقة المرضية بالإضافة إلي المخاوف التي تمثل السلوك الاجتماعي.

البعد الثامن: البارانويا التخيلية (Paranoid Ideation): العبارات تعكس التفكير الإسقاطي والعداء والشك والارتياب والمركزية وفقدان الاستقلال الذاتي، والشعور بالعظمة، في قائمة أساسية لصفات البارانويا.

البعد التاسع: الذهانية (Psychotics): ويتضمن الهالوس السمعية، وإذاعة الأفكار، والتحكم الخارجي في الأفكار، وإقحام الأفكار عن طريق قوي خارجية، وبالإضافة إلى ذلك هناك علامات أخري ممثلة في المقياس، ولكنها تعد أقل تحديدا للسلوك الذهاني، كنمط الحياة الخاص بالفصامين.

العبارات الإضافية : تضم مجموعة من الأعراض التي من الممكن تواجدها في كل المشاكل

النفسية وهي تتعلق بالشهية لطعام ومشاكل النوم والتفكير بالموت والشعور بالذنب.

وجداول (3.4) يوضح الأبعاد التسعة وأرقام العبارات في كل بعد لمقياس حدة الأعراض النفسية.

جدول 3.4

الأبعاد التسعة وأرقام العبارات في كل بعد لمقياس حدة الأعراض النفسية

الرقم	البعد	عدد العبارات	أرقام العبارات
1	الأعراض الجسمانية	12	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12
2	الوسواس القهري	10	13-14-15-16-17-18-19-20-21-22
3	الحساسية التفاعلية	9	23-24-25-26-27-28-29-30-31
4	الاكتئاب	13	32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44
5	القلق	10	45-46-47-48-49-50-51-52-53-54
6	العداوة	6	55-56-57-58-59-60
7	قلق الخوف	7	61-62-63-64-65-66-67
8	البارانويا التخيلية	6	68-69-70-71-72-73
9	الذهانية	10	74-75-76-77-78-79-80-81-82-83
10	عبارات إضافية	7	84-85-86-87-88-89-90

مجالات استخدام القائمة: صممت القائمة كمقياس عام يستخدمه الأطباء النفسيون في المجال الإكلينيكي وفي البحث العلمي أيضا.

التطبيق: تشمل قائمة الأعراض 90 عبارة متميزة، وكل عبارة لها بدائل خمسة للإجابة هي: مطلقا (0)، نادرا (1)، أحيانا (2)، كثيرا (3)، دائما (4).

التصحيح وتسجيل الدرجات: تم تصحيح كل مقياس فرعي بالقائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس، وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من صفر إلى 4، وفيما يلي توضيح لمعنى هذه الأوزان: مطلقا (0) لا توجد معاناة بتاتا، نادرا (1) بعض المعاناة ولكن غير منتظمة وبدرجة قليلة، أحيانا (2) معاناة على فترات منتظمة إلى حد ما وبدرجة خفيفة أو متوسطة، كثيرا (3) معاناة على فترات منتظمة وبدرجة أكثر من المتوسط، دائما (4) معاناة مستمرة وبدرجة قصوى.

الصدق والثبات لمقياس (SCL-90): تم الحصول على المقياس من برنامج غزة للصحة

النفسية، حيث تم التحقق من صدق الأداة من خلال استخدام أكثر من مؤشر وتم التحقق من الثبات من خلال استخدام معامل الفاكرونباخ، حيث بلغت قيمته 0.97، ومعامل التجزئة النصفية، الذي بلغت قيمته 0.92 ولمزيد من التفاصيل المتعلقة بصدق ثبات الأداة انظر (ملحق 3).

ثانياً: استبانة للتعرف على الاتجاهات نحو وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

قامت الباحثة بالإجراءات التالية لإعداد الاستبانة:

1. الاطلاع على بعض المقاييس الأجنبية والعربية المتعلقة بالاتجاهات مثل:

• مقياس الاتجاهات النفسية (برنامج غزة للصحة النفسية، 2000).

• مقياس المعتقدات حول المرض النفسي (شقيير، 1998).

- Referral form and Counseling Questionnaire (Corny & Jenkins:1993, 104-112).
- Patient Perception of Counseling within General Practice (Thomas: 1993, 24-30).

2. قامت الباحثة بمقابلة بعض السيدات اللواتي يتلقين الخدمات النفسية من جمعية أرض الإنسان، وتحدثت إليهن لمعرفة بعض الأمور التي تؤثر على تكوين اتجاهاتهن نحو وجود الخدمة النفسية سواء إيجابياً أو سلبياً أنظر (الملحق 4) لمزيد من التفاصيل.

3. قامت الباحثة بعد ذلك بمقابلة فريق الدعم النفسي داخل الجمعية والذي يقوم بتقديم الخدمات النفسية واستمعت إلى بعض الجوانب التي تلعب دوراً في تكوين الاتجاهات لدى المنتفعات نحو الصحة النفسية والإرشاد والمرشدين (ملحق 5).

4. صاغت الباحثة فقرات الاستبانة في صورتها الأولية بعضها بصورة إيجابية والبعض الآخر بصورة سلبية وقد تكونت من (10) أسئلة، ولكل سؤال (4) خيارات ثم عرضت الباحثة المقياس على الدكتورة المشرفة على الدراسة حيث تم تعديل وصياغة بعض الفقرات. وقد تم اعتماد طريقة التصحيح بالشكل التالي:

موجب جداً (4) ، موجب (3) ، متعادل (2) ، سالب (1).

صدق الاستبانة: لقد تم التحقق من صدق المقياس باستخدام:

أولاً: صدق المحكمين: حيث تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على (7) محكمين من

المتخصصين في مجال الصحة النفسية في محافظة غزة (ملحق 6)، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم في فقرات الاستبانة ومدى انتماء الفقرة للبعد، ومن ثم قامت الباحثة بتعديل صياغة بعض الفقرات، وذلك بناء على ما اتفق عليه (80%) فأكثر من المحكمين وبيين (ملحق 7) الاستبانة في صورته المبدئية.

ثانياً: الصدق الظاهري:

وهو مدى استحسان المفحوص للأداة المستخدمة فلا غموض فيها ولا لبس ولا استهانة بقدراتها (الأغا والأستاذ، 1999: 108)، وللتأكد من صلاحية الأداة للتطبيق في المجتمع الفلسطيني تم تطبيق الأداة على عينة استطلاعية مكونة من 25 سيدة من مَن يترددن لتلقي الخدمات النفسية، بهدف معرفة مدى تجانس الفقرات وقدرتها على قياس الظاهرة المراد قياسها من خلال تنفيذ بعض المعالجات الإحصائية واستطلاع آراء السيدات نحو فقرات المقياس، بغرض معرفة مدى ملاءمتها ومناسبتها لهن، وقد طلبت الباحثة من السيدات وضع دائرة حول العبارة التي يصعب فهمها وخطاً تحت الكلمة التي تعيق فهمهم للعبارة، و تدوين ملاحظاتهم على المقياس للتأكد من مدى صلاحيته ، وعند تصحيح الباحثة للأداة وجدت أن الأداة واضحة للسيدات باستثناء بعض الفقرات مثل "المرضى العقليين" وتم استبدالها بـ"المجانين" ومشاكل نفسية تم استبدالها بـ"الاكتئاب أو القلق" و"مكان خاص" تم استبداله بـ"عيادة خاصة" و(الملحق 8) يظهر استبانة الاتجاهات بصورتها النهائية.

ثبات الأداة:

بعد تطبيق الاستبانة وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للاستبانة بطريقة إعادة الاختبار وهي كما يلي:

الثبات عن طريق إعادة الاختبار. Test-Re-Test Method:

قامت الباحثة بتطبيق مقياس اتجاهات المنتفعات نحو وجود الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية على عينة استطلاعية عددها (25) للقياس القبلي، وبعد فاصل زمني مدته أسبوعين عن التطبيق الأولي تم تطبيق المقياس على نفس أفراد العينة الذين تم تطبيق المقياس عليهم في التطبيق الأولي، حيث وجد أن معامل الارتباط لدرجات مقياس الاتجاهات نحو الخدمة النفسية في القياس القبلي والقياس البعدي بلغ (0.72) وهو ذات دلالة إحصائية، وهذا يدل على أن المقياس ثابت وبدرجة مقبولة.

جدول 4.4

معاملات الارتباط بين درجات مقياس اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في القياس القبلي والقياس أبعدي

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	مقياس الاتجاهات
دال إحصائياً	0.72	اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية

ثالثاً: استبانة رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية العلاجية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية:

خطوات بناء الاستبانة:

1. قامت الباحثة بالاطلاع على مجموعة من استبيانات التي تناولت الموضوع وهي:
 - Referral Form and Counseling Questionnaire (Corny & Curran, 1993: 104-112) from (corney and jenkes, 1993).
 - Cost Effectiveness Study Interview (Gaza Community Mental Health, 2005).
 - Medical Outcome Short Form (36) Health Survey (Scott et al, 1999: 401-6)
 - مقياس خبرات المتعالجين (رضوان، 2002)
 - نموذج تسجيل للتقييم المنظم للمرضى الذين تمت مقابلتهم "دراسة تقييم التدخل" (برنامج غزة للصحة النفسية، 2005).
 - نماذج الاستثمارات المستخدمة في فنيات المسؤولية "تقدير المسترشد لخدمة الإرشاد والعلاج النفسي" (عمر، 1992: 544).
 - ثم قامت الباحثة بمقابلة بعض السيدات اللواتي يتلقين الخدمات النفسية في جمعية أرض الإنسان وتحدثت إليهم لمعرفة بعض الأمور التي تؤثر على جوانب الرضا سواء إيجابياً أو سلبياً، أنظر إلى (الملحق 4) لمزيد من التفاصيل.
2. قامت الباحثة بعد ذلك بمقابلة فريق الدعم النفسي داخل الجمعية والذي يقوم بتقديم الخدمات النفسية، واستمعت إلى بعض الجوانب التي تلعب دوراً في رضا المرضى ومقترحاتهم حول طريقة بناء استمارة الرضا أنظر إلى (الملحق 5).
3. صاغت الباحثة فقرات الاستبانة في صورتها الأولية حيث كانت بعضها بصورة إيجابية

والبعض الآخر بصورة سلبية، وقد تكونت الاستبانة من (53) فقرة في مجالات وأبعاد مختلفة، ثم تم عرض الاستبانة على الدكتورة المشرفة على الدراسة حيث تم تعديل وصياغة بعض الفقرات.

4. بعد ذلك تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين في مجال الصحة النفسية سواء من داخل الجامعة أو برنامج غزة للصحة النفسية أو في جامعة الأقصى. حيث بلغ عددهم (7) محكمين (ملحق 6)، وبعد تعديل الاستبانة وفق آراء لجنة المحكمين، تم إضافة (11) فقرة، وحذف (5)، وتم تعديل وصياغة بعض الفقرات لتصبح الاستبانة في (56) فقرة مع إضافة (3) فقرات بخيارات مختلفة في نهاية الاستمارة.

وصف الاستبانة:

البعد الأول: مكان إجراء الجلسة: وهو المكان الذي يتم فيه إجراء جلسات الإرشاد.

البعد الثاني: وقت الجلسة: وهي الفترة الزمنية التي يقضيها المرشد النفسي مع المسترشد وهي 45 دقيقة كحد أقصى.

البعد الثالث: شخصية المرشد ومهاراته: وهي الأساليب التي يستخدمها المرشد النفسي خلال العملية الإرشادية لبناء علاقة علاجية قوية مع المسترشد، وتشعر المسترشد بأن المرشد يهتم ويفهم مشاعره وما يقول، وتلعب دوراً كبيراً في تشجيع المسترشد على الاستمرار في الحديث، والكشف عن مكونات حياته مثل مهارات الحضور والإصغاء ومهارات الإرشاد.

البعد الرابع: طريقة التدخل: وهي التقنيات الإرشادية التي يستخدمها المرشد خلال العملية الإرشادية لمساعدة المسترشد، مثل: الإرشاد السلوكي المعرفي، والتفريغ الانفعالي، والإرشاد الديني، وغير ذلك.

البعد الخامس: استعداد المريض: وهي درجة تقبله لتلقي الخدمات النفسية.

البعد السادس: نتيجة الإرشاد: وهي الخلاصة النهائية أو التغييرات التي طرأت على المسترشد نتيجة تلقية للجلسات الإرشادية.

مجالات استخدام مقياس رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية: صمم كمقياس يستخدم من قبل العاملين في مجال الإرشاد النفسي كوسيلة تقييمه لقياس رضا المنتفعين عن عملية الإرشاد النفسي وتحديد جوانب القوة والقصور فيها وتستخدم أيضاً في البحث العلمي.

التصحيح وتسجيل الدرجات: يتم تصحيح كل مقياس فرعي بالقائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من صفر إلى 4

وفيما يلي توضيح لمعني هذه الأوزان: مرضي جدا (5)، مرضي (4)، لا استطيع التحديد (3)، غير مرضي (2)، غير مرضي جدا (1).

5.4 جدول

أبعاد الأداة والفقرات التي تقيس كل بعد في استمارة الرضا

الرقم	البعد	عدد العبارات	أرقام العبارات
1	مكان إجراء الجلسة	5	1-13-21-31-39
2	وقت الجلسة	4	2-22-32-46
3	شخصية المرشد مهاراته	9	3-4-14-15-24-33-40-41-52
4	طريقة التدخل	9	5-6-7-16-25-34-42-48-51
5	استعداد المرشد	9	8-23-26-35-17-43-36-47-27
6	نتيجة الإرشاد	16	9-10-11-12-20-30-37-38-44-28-49-50-45-18-19-29

صدق الاستبانة: لقد تم التحقق من صدق الاستبانة باستخدام:

أولاً: صدق المحكمين: حيث تم عرض الاستبانة في صورتها الأولية على (7) محكمين من المتخصصين في مجال الصحة النفسية في محافظة غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم في فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرة للبعد، ومن ثم قامت الباحثة بتعديل صياغة بعض الفقرات وذلك بناء على ما اتفق عليه (80%) فأكثر من المحكمين وبيين (ملحق 9) الاستبانة في صورتها المبدئية، و(ملحق 10) يبين الاستبانة في صورتها بعد التحكيم.

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد استبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية والدرجة الكلية للاستبانة، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاستبانة، وذلك لهدف التحقق من صدق الاستبانة، ويتضح ذلك من خلال جدول (6.4).

يبين من جدول (6.4) أن أبعاد استبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01 وحيث بلغت معاملات الارتباط لأبعاد استبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في

مراكز الرعاية الأولية بين (0.47-0.81).

جدول 6.4

معاملات الارتباط بين أبعاد استبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية والدرجة الكلية للاستبانة

الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
مكان إجراء الجلسة	0.47	دال إحصائيا
وقت الجلسة	0.64	دال إحصائيا
شخصية المرشد ومهاراته	0.80	دال إحصائيا
طريقة التدخل	0.81	دال إحصائيا
استعداد المريض	0.79	دال إحصائيا
نتيجة الإرشاد	0.80	دال إحصائيا

وبما أن الاستبانة مكونة من ستة أبعاد فقد تم حساب معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الستة والدرجة الكلية لكل بعد على حدة، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

تبين من جدول (7.4) أن فقرات بعد مكان إجراء الجلسة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.53-0.84).

وتبين من جدول رقم (8.4) أن فقرات بعد وقت الجلسة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.30-0.72)، عدا الفقرة رقم (14) غير دالة إحصائيا ولذلك يجب حذفها من البعد.

جدول 7.4

معاملات الارتباط بين فقرات بعد مكان إجراء الجلسة والدرجة الكلية للبعد

فقرات بعد مكان إجراء الجلسة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.53	دال إحصائيا
13	0.72	دال إحصائيا
23	0.84	دال إحصائيا
33	0.75	دال إحصائيا
42	0.66	دال إحصائيا

جدول 8.4

معاملات الارتباط بين فقرات بعد وقت الجلسة والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات وقت الجلسة
دال إحصائيا	0.47	2
غير دال إحصائيا	0.30	14
دال إحصائيا	0.68	24
دال إحصائيا	0.72	34
دال إحصائيا	0.55	50

تبين من جدول (9.4) أن فقرات بعد شخصية المرشد ومهاراته تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.34-0.72)، عدا الفقرة رقم (35) ولذلك تم حذفها.

جدول 9.4

معاملات الارتباط بين فقرات بعد شخصية المرشد ومهاراته والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد شخصية المرشد ومهاراته
دال إحصائيا	0.63	3
دال إحصائيا	0.34	4
دال إحصائيا	0.52	15
دال إحصائيا	0.50	16
دال إحصائيا	0.54	25
دال إحصائيا	0.56	26
غير دال إحصائيا	0.26	35
دال إحصائيا	0.66	36
دال إحصائيا	0.44	43
دال إحصائيا	0.65	44
دال إحصائيا	0.72	51
دال إحصائيا	0.62	56

تبين من جدول (10.4) أن فقرات بعد طريقة التدخل تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.39-0.71)، وهذا يدل على أن بعد طريقة التدخل وفقراته يتمتع بمعامل صدق عال، ما عدا الفقرات رقم (17، 46) ولذلك تم حذفهما.

جدول 10.4

معاملات الارتباط بين فقرات بعد طريقة التدخل والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد طريقة التدخل
دال إحصائياً	0.49	5
دال إحصائياً	0.67	6
دال إحصائياً	0.71	7
غير دال إحصائياً	0.25	17
دال إحصائياً	0.64	18
دال إحصائياً	0.39	27
دال إحصائياً	0.55	37
دال إحصائياً	0.62	45
غير دال إحصائياً	0.25	46
دال إحصائياً	0.55	52
دال إحصائياً	0.62	55

جدول 11.4

معاملات الارتباط بين فقرات بعد استعداد المريض والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد استعداد المريض
دال إحصائياً	0.64	8
دال إحصائياً	0.58	19
دال إحصائياً	0.62	28
دال إحصائياً	0.62	29
دال إحصائياً	0.76	38
دال إحصائياً	0.76	39
دال إحصائياً	0.68	47

تبين من جدول (11.4) أن فقرات بعد استعداد المريض يتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.58 - 0.76).

جدول 12.4

معاملات الارتباط بين فقرات بعد نتيجة الإرشاد والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد نتيجة الإرشاد
دال إحصائياً	0.48	9
دال إحصائياً	0.62	10
دال إحصائياً	0.61	11
دال إحصائياً	0.73	12
دال إحصائياً	0.38	20
دال إحصائياً	0.64	21
دال إحصائياً	0.66	22
دال إحصائياً	0.61	30
دال إحصائياً	0.76	31
دال إحصائياً	0.71	32
دال إحصائياً	0.57	40
دال إحصائياً	0.64	41
دال إحصائياً	0.68	48
دال إحصائياً	0.43	49
دال إحصائياً	0.48	53
دال إحصائياً	0.67	54

تبين من جدول (12.4) أن فقرات بعد نتيجة الإرشاد تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودال إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.38-0.76). مما سبق يمكننا القول بأن النتائج السابقة تعطي مؤشر علي صدق الاستبانة.

ثالثاً: صدق المقارنة الطرفية:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربع الأدنى في الدرجات. وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، حيث تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت)، ويتضح ذلك من خلال جدول (13.4).

جدول 13.4

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات على أبعاد الاستبانة

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	أعلى 25% من الدرجات		أقل 25% من الدرجات		الأبعاد
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.01 دال	-23.4	0.0	25.0	0.8	19.4	مكان إجراء الجلسة
0.01 دال	-9.4	1.9	16.3	1.3	9.5	وقت الجلسة
0.01 دال	-16.8	1.3	54.3	1.6	42.0	شخصية المرشد ومهاراته
0.01 دال	-10.1	1.9	41.9	3.0	29.8	طريقة التدخل
0.01 دال	-20.5	1.4	34.2	1.2	21.6	استعداد المريض
0.01 دال	-10.2	3.9	75.8	5.1	55.0	نتيجة الإرشاد

يتبين من جدول (13.4) وجود فروق جوهرية دال إحصائياً بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا لأبعاد استبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية، والدرجة الكلية لكل بعد على حدة من أبعاد الاستبانة، وهذا يدل على أن الاستبانة بأبعادها تميز بين المنتفعات ذوات الدرجات العليا والمنتفعات ذوات الدرجات الدنيا في درجات أبعاد استبانة تقييم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية، وهذا مؤشر على صدق

الاستبانة.

ثانياً: الثبات:

بعد تطبيق الاستبانة وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للاستبانة بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha: تم تطبيق الاستبانة على عينة قوامها (40) من النساء المترددات على جمعية أرض الإنسان لتلقي الخدمة الطبية، وبعد تطبيق الاستبانة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبانة ككل تساوي 0.91، وهذا دليل على أن استبانته تقيّم رضا المنتفعات من العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية تتمتع بمعامل ثبات جيد ومرتفع.

والجدول التالي يوضح معاملات الثبات لدرجة الكلية ولأبعادها الستة.

جدول 14.4

معامل ألفا كرونباخ لأبعاد استبانة الرضا عن العملية الإرشادية

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
مكان إجراء الجلسة	0.68
وقت الجلسة	0.50
شخصية المرشد ومهاراته	0.73
طريقة التدخل	0.73
استعداد المريض	0.77
نتيجة الإرشاد	0.88
الدرجة الكلية	0.91

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods: تم تطبيق الاستبانة على عينة قوامها (40) من النساء المترددات على جمعية أرض الإنسان لتلقي الخدمة الطبية، فقد تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود الاستبانة الكلية إلى نصفين، فقد تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للاستبانة، حيث بلغ معامل الارتباط لبيرسون لدرجات الاستبانة بهذه الطريقة (0.91)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان-براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.95)، هذا دليل على أن الاستبانة ككل تتمتع بدرجة ثبات عالية وأبعادها الستة، ويتضح ذلك من خلال

جدول 15.4

معاملات الثبات لأبعاد استبانة الرضا عن العملية الإرشادية بطريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	معامل ارتباط بيرسون	معامل سبيرمان براون لتعديل طول الاختبار
مكان إجراء الجلسة	0.73	0.84
وقت الجلسة	0.57	0.72
شخصية المرشد ومهاراته	0.75	0.85
طريقة التدخل	0.74	0.85
استعداد المريض	0.60	0.75
نتيجة الإرشاد	0.88	0.93
الدرجة الكلية	0.91	0.95

معادلة سبيرمان براون المعدلة = $r = 2 * r / (1 + r)$ ، ومما سبق وبعد عرض الخصائص لاستبانته رضا المنتفعات تبين أن الأداة التي تم تطويرها في هذه الدراسة تتمتع بصدق وثبات جيد مما يجعلها صالحة للتطبيق وقياس ما تهدف لقياسه و(ملحق 11) يظهر الأداة في صورتها النهائية.

4.6. المعالجات الإحصائية:

قد تم استخدام أساليب إحصائية متنوعة وصفه واستدلالية للإجابة عن أسئلة وفروض الدراسة تتمثل في مقاييس النزعة المركزية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) ومقاييس التشتت مثل معامل ارتباط بيرسون واختبار T للعينات المستقلة.

4.7. خطوات الدراسة:

بعد التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة قامت الباحثة بالخطوات التالية:

1. قامت الباحثة بالإعداد لورشة عمل لفريق الدعم النفسي في الجمعية وذلك في 2006/2/6 وذلك للحصول على موافقتهم لمساعدة الباحثة في تطبيق الاستمارة مع التأكيد لهم أنه في حالة عدم الموافقة على الاشتراك في التطبيق لن يجبروا على ذلك، ولن يؤثر على موقعهم الوظيفي وأيضا من أجل توضيح طريقة تطبيق الاستمارة والوقت وعدد مرات

التطبيق (قبلي وبعدي) (ملحق 12).

2. تم توزيع كل من استمارة حدة الأعراض والاتجاهات على الفريق من أجل البدء بالتطبيق مع الحالات المسجلة لأول مرة في البرنامج من تاريخ 2006/2/20 وحتى 2006/5/30، كانت فترة جمع العينة التي بلغ عددها (40) سيدة. ملحق ورقة الموافقة على الدخول بالبحث (13).

3. البدء بتطبيق المرحلة الثانية من الدراسة في الفترة ما بين 2006/5/30 وحتى 2006/7/31 على من يغلق ملفها من السيدات والعمل على تطبيق كل الاستمارات بما في ذلك استمارة الرضا عن العملية الإرشادية.

4. بعد جمع الأدوات والتي استمرت لمدة 4 أشهر قامت الباحثة بتفريغ النتائج على الحاسوب بعد وضع رقم خاص على كل استمارة.

5. تم تحليل البيانات بالأساليب الإحصائية المناسبة. وتم تفسير نتائج الدراسة التي تم الوصول إليها ومنها تم التوصل إلى التوصيات والمقترحات.

الصعوبات التي واجهت الباحثة :

1. ندرة الدراسات العربية التي اهتمت بموضوع تقييم دمج الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الأولية علي حد علم الباحثة.

2. انقطاع التيار الكهربائي أثناء فترة إعداد الدراسة نتيجة القصف الإسرائيلي لمحطات توليد الكهرباء سنة 2006.

3. انقطاع عدد من السيدات عن المتابعة في البرنامج نتيجة لرفض الزوج أو العائلة لتلقي الخدمات النفسية مما أدى إلى استثناء بعض الحالات من الدراسة حيث بلغ عددهم 11 سيدة.

الفصل

عرض النتائج

وتفسيرها

الفصل الخامس

عرض النتائج وتفسيرها

5. 1. مقدمة:

فيما يلي عرض للنتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة وبعض إجراء المعالجات الإحصائية الوصفية والتحليلية وفقا لفرضيات الدراسة ومتغيراتها سيتم عرض نتائج التحليل الوصفي الخاص بمتغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، ثم سيتم عرض نتائج التحليلات الخاصة بفروض الدراسة وتفسيرها.

5. 2. عرض نتائج التساؤل الأول:

4. نص التساؤل: ما مدي مساهمة دمج العملية الإرشادية في إحداث تغيير في حدة الأعراض النفسية المختلفة عند المنتفعات وما علاقة عدد الجلسات بهذا التغيير؟

وقد انبثقت من هذا التساؤل الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في حدة الأعراض النفسية عند المنتفعات.

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بإجراء اختبار "ت" Paired T-Test للفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين) Paired Sample T-test، ويتضح ذلك من خلال جدول (1.5):

ويتبين من الجدول السابق:

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 في القياس

القبلي والقياس البعدي على درجة حدة الأعراض الجسمانية (Paired T-test=3.5, P-value=0.001) وهذا يدل على أن دمج العملية الإرشادية في

جدول 1.5

الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي باختبار "ت" للعينات المترابطة على أبعاد الأعراض النفسية (ن=40)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	متوسط الفرق	الانحراف المعياري	المتوسط	أبعاد الأعراض النفسية	
**0.001	3.54	4.95	8.4	17.9	القياس القبلي	الأعراض الجسمانية
			8.3	13.0	القياس البعدي	
//0.28	1.10	1.05	9.2	10.8	القياس القبلي	الوسواس القهري
			8.3	9.8	القياس البعدي	
//0.27	1.11	1.13	7.9	13.9	القياس القبلي	الحساسية التفاعلية
			6.5	12.8	القياس البعدي	
**0.001	5.25	8.58	8.6	26.5	القياس القبلي	الاكتئاب
			9.6	18.0	القياس البعدي	
**0.001	3.33	3.95	6.7	14.8	القياس القبلي	القلق
			6.5	10.8	القياس البعدي	
//0.36	0.93	0.73	4.7	6.1	القياس القبلي	العداوة
			3.8	5.4	القياس البعدي	
//0.18	1.37	1.08	5.2	4.9	القياس القبلي	قلق الخوف
			4.7	3.8	القياس البعدي	
//0.24	1.19	0.6	5.4	6.2	القياس القبلي	البارانويا التخيلية
			5.0	5.6	القياس البعدي	
//0.33	-0.99	-0.93	5.9	3.8	القياس القبلي	الذهانية
			4.6	4.8	القياس البعدي	
*0.02	2.35	2.28	3.8	12.4	القياس القبلي	أخرى
			4.8	10.2	القياس البعدي	

// غير دالة

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

مراكز الرعاية الصحية الأولية كان لها أثر في تخفيف حدة الأعراض الجسمانية عند المنتفعات من الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. حيث بلغ متوسط درجة حدة الأعراض الجسمانية عند المنتفعات في القياس القبلي 17.9 وانحراف معياري 8.4، في حين

بلغ متوسط درجة حدة الأعراض الجسمانية عند المنتفعات في القياس البعدي لهن 13.0 وبانحراف معياري 8.3. حيث بلغ متوسط الفرق في درجة حدة الأعراض الجسمانية 4.9 درجة.

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 في القياس القبلي والقياس البعدي على درجة حدة أعراض الاكتئاب (Paired T-test= 5.2, P-value=0.001). وهذا يدل على أن دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية كان لها أثر في تخفيف حدة أعراض الاكتئاب عند المنتفعات من الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. حيث بلغ متوسط درجة حدة أعراض الاكتئاب عند المنتفعات في القياس القبلي 26.5 وبانحراف معياري 8.6، في حين بلغ متوسط درجة حدة أعراض الاكتئاب عند المنتفعات في القياس البعدي لهن 18.0 وبانحراف معياري 9.6 حيث بلغ متوسط الفرق في درجة حدة أعراض الاكتئاب 5.2 درجة.

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 في القياس القبلي والقياس البعدي على درجة حدة أعراض القلق (Paired T-test=3.3, P-value=0.001). وهذا يدل على أن دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية كان لها أثر في تخفيف حدة أعراض القلق عند المنتفعات من الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. حيث بلغ متوسط درجة حدة أعراض القلق عند المنتفعات في القياس القبلي 14.8 وبانحراف معياري 6.7، في حين بلغ متوسط درجة حدة أعراض القلق عند المنتفعات في القياس البعدي لهن 10.8 وبانحراف معياري 6.5. حيث بلغ متوسط الفرق في درجة حدة أعراض القلق 3.9 درجة.

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في القياس القبلي والقياس البعدي على درجة حدة الأعراض الأخرى (Paired T-test=2.3, P-value=0.02) هذا يدل على أن دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية كان لها أثر في تخفيف حدة الأعراض الأخرى عند المنتفعات من الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. حيث بلغ متوسط درجة حدة أعراض أخرى عند المنتفعات في القياس القبلي 12.4 وبانحراف معياري 3.8، في حين بلغ متوسط درجة حدة أعراض أخرى عند المنتفعات في القياس البعدي لهن 10.2 وبانحراف معياري 4.8. حيث بلغ متوسط الفرق في درجة حدة أعراض أخرى 2.2 درجة.

• في حين لم تلاحظ أي فروق دالة إحصائية في القياس القبلي والقياس البعدي على درجة حدة الأعراض التالية (الوسواس القهري، أعراض العداوة، قلق الخوف، البارنوايا التخيلية،

الذهانية، الحساسية التفاعلية) وهذا يدل على أن دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية لم يكن لها أثر في تخفيف حدة الأعراض التالية (الوسواس القهري، أعراض العداوة، قلق الخوف، البارنوايا التخيلية، الذهانية، الحساسية التفاعلية) عند المنتفعات من الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الأولية.

• وبعد الاطلاع علي نتائج الفرضيات كان لابد للباحثة من حساب حجم تأثير دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد قامت الباحثة بحساب مربع إيتا (η^2) وعن طريق η^2 أمكن حساب قيمة d التي تعبر عن حجم تأثير وجود الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وجدول (2.5) يبين قيم d و η^2 و t ومقدار حجم تأثير الخدمة النفسية على المنتفعات من الخدمة النفسية.

جدول 2.5

قيم d و η^2 و t ومقدار حجم تأثير دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الأولية

المتغير المستقل	المتغير التابع	قيمة t	قيمة إيتا η^2	قيمة d	حجم التأثير
العملية الإرشادية	الأعراض الجسمانية	3.5	0.24	1.11	كبير
	الاكتئاب	5.2	0.41	1.66	كبير
	القلق	3.3	0.22	1.05	كبير
	أعراض أخرى	2.3	0.12	0.73	متوسط

يتضح من خلال جدول (2.5) أن حجم تأثير دمج العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية ساهمت في تخفيف حدة الأعراض التالية (الأعراض الجسمانية والاكتئاب والقلق، وأعراض أخرى) كبير لأن قيمة d أكبر من 0.8، وهذا يعني خفض حدة الأعراض النفسية.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في متوسط أبعاد الأعراض النفسية في القياس البعدي تعزى لعدد الجلسات (أقل من أو يساوي 6 جلسات، 7 جلسات فأكثر).

قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) (Independent - Sample T-Test) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسطي درجات فئات عدد الجلسات (أقل من أو يساوي 6 جلسات، و 7 جلسات فأكثر) بالنسبة لأبعاد الأعراض النفسية، ويتضح ذلك من خلال جدول (3.5):

جدول 3.5

نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين عدد الجلسات (أقل من أو يساوي 6 جلسات، 7 جلسات فأكثر)
بالنسبة لأبعاد الأعراض النفسية (القياس البعدي)

الأعراض النفسية	عدد الجلسات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	6 جلسات فأقل	19	14.3	5.8	3.50	**0.01
	7 جلسات فأكثر	17	7.7	5.2		
الوسواس القهري	6 جلسات فأقل	19	9.7	6.3	1.09	//0.28
	7 جلسات فأكثر	19	7.4	6.7		
الحساسية التفاعلية	6 جلسات فأقل	19	13.3	5.9	1.30	//0.17
	7 جلسات فأكثر	17	10.5	5.9		
الاكتئاب	6 جلسات فأقل	18	17.1	5.7	2.01	*0.04
	7 جلسات فأكثر	16	12.7	6.7		
القلق	6 جلسات فأقل	16	9.1	3.2	2.20	*0.03
	7 جلسات فأكثر	13	6.5	3.0		
العداوة	6 جلسات فأقل	19	6.0	3.7	0.96	//0.34
	7 جلسات فأكثر	21	4.9	3.9		
قلق الخوف	6 جلسات فأقل	19	5.5	5.7	2.35	*0.02
	7 جلسات فأكثر	21	2.2	2.9		
البارنوايا التخيلية	6 جلسات فأقل	19	6.2	5.1	2.06	*0.04
	7 جلسات فأكثر	16	3.1	3.5		
الذهانية	6 جلسات فأقل	18	4.3	3.7	-0.14	//0.88
	7 جلسات فأكثر	21	4.5	4.6		
أخرى	6 جلسات فأقل	19	10.7	4.2	0.66	//0.51
	7 جلسات فأكثر	21	9.7	5.4		

// غير دالة

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

تبيين من خلال جدول (3.5) ما يلي:

- توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المنفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) ومتوسط درجات المنفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7

جلسات فأكثر) بالنسبة لحدة الأعراض الجسمانية لدى المنتفعات من الخدمة الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، والفروق كانت لصالح المنتفعات من فئة الجلسات (6 جلسات فأقل)، وهذا يدل على أن المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 فأكثر) انخفضت حدة الأعراض الجسمانية لديهن أكثر من المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 فأقل)، حيث بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) في حدة الأعراض الجسمانية 14.3 وبانحراف معياري 5.8، في حين بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) في حدة الأعراض الجسمانية 7.7 وبانحراف معياري 5.2.

توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) ومتوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) بالنسبة لحدة أعراض الاكتئاب لدى المنتفعات من الخدمة الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، والفروق كانت لصالح المنتفعات من فئة الجلسات (6 جلسات فأقل)، وهذا يدل على أن المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 فأكثر) انخفضت حدة أعراض الاكتئاب لديهن أكثر من المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 فأقل)، حيث بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) في حدة أعراض الاكتئاب 17.1 وبانحراف معياري 5.6، في حين بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) في حدة أعراض الاكتئاب 12.7 وبانحراف معياري 6.7.

• توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) ومتوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) بالنسبة لحدة أعراض القلق لدى المنتفعات من الخدمة الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، والفروق كانت لصالح المنتفعات من فئة الجلسات (6 جلسات فأقل)، وهذا يدل على أن المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 فأكثر) انخفضت حدة أعراض القلق لديهن أكثر من المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 فأقل)، حيث بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) في حدة أعراض القلق 9.1 وبانحراف معياري 3.2، في حين بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) في حدة أعراض القلق 6.5 وبانحراف معياري 3.0.

• توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) ومتوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) بالنسبة لحدة أعراض قلق الخوف لدى المنتفعات من الخدمة الإرشادية في

مراكز الرعاية الصحية الأولية، والفروق كانت لصالح المنتفعات من فئة الجلسات (6 جلسات فأقل)، وهذا يدل على أن المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 فأكثر) انخفضت حدة أعراض قلق الخوف لديهن أكثر من المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 فأقل)، حيث بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) في حدة أعراض قلق الخوف 5.5 وبانحراف معياري 5.7، في حين بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) في حدة أعراض قلق الخوف 2.2 وبانحراف معياري 2.9.

• وجدت فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) ومتوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) بالنسبة لحدة أعراض البارنوايا التخيلية لدى المنتفعات من الخدمة الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، والفروق كانت لصالح المنتفعات من فئة الجلسات (6 جلسات فأقل)، وهذا يدل على أن المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 فأكثر) انخفضت حدة أعراض البارنوايا التخيلية لديهن أكثر من المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل)، حيث بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) في حدة أعراض البارنوايا التخيلية 6.2 وبانحراف معياري 5.1، في حين بلغ متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) في حدة أعراض البارنوايا التخيلية 3.1 وبانحراف معياري 3.5.

• لم تلاحظ أي فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) ومتوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) بالنسبة لحدة الأعراض التالية (الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، العداوة، الذهانية، الأعراض المتنوعة) لدى المنتفعات من الخدمة الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

5.3. تفسير نتائج التساؤل الأول:

رأت الباحثة أنه لا بد دمج تفسير نتائج التساؤل الأول والثاني معا لما لهم من ارتباط وثيق ببعض ولا تستطيع الفصل بينهما لاعتمادهم على بعضهم البعض. وحاولت الباحثة أن تفسر النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة والواقع الفلسطيني.

حيث اتفقت الدراسة مع نتائج الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت عملية دمج

الخدمات النفسية من ناحية التحسن في حدة الأعراض ومن هذه الدراسات دراسة (Gordon & Graham, 1996) التي اتفقت مع الدراسة الحالية في أن الإرشاد العلاجي المقدم في مراكز الرعاية الصحية الأولية فعالاً في التقليل من حدة الأعراض النفسية، و فقط المرضى المضطربين جداً احتاجوا لتحويل مثل المرضى الذهانيين لعدم فاعلية الإرشاد معهم.

واتفقت مع دراسة كلا من (Katon el at, 1995) و (King el at, 2000) في أن الإرشاد المقدم في مراكز الرعاية الصحية الأولية فعال في خفض حدة الأعراض النفسية.

واتفقت مع (Felker el at, 2004) في أن دمج الإرشاد في مراكز الرعاية يؤدي إلى انخفاض معدل تحويل الحالات إلى مراكز صحية نفسية من أجل الحصول على علاج دوائي ويؤدي أيضاً إلى زيادة عدد الاستشارات النفسية.

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (Bide el at, 2000) و (Wallis el at, 2000) و (Katon el at, 1996) من حيث فاعلية دمج الخدمات النفسية في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب عند المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية بغض النظر عن الطريقة المستخدمة في العلاج سواء كانت إرشاد أو علاج دوائي.

واتفقت مع دراسة (Residual el at, 2001) في أن تقديم الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية يعمل على خفض أعراض التعب النابعة من أعراض الاكتئاب أو القلق عند المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وكانت هناك دراسات مثل دراسة (Schulberg el at, 1996) ودراسة (Omigbodun, 2001) التي أوصت بان الدمج يكون فعالاً أكثر في حال تقديم الإرشاد من قبل مهنيين متخصصين وهذا ما بينته نتائج الدراسة الحالية.

• وقد بينت الدراسة أيضاً أن الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية فعال في التخفيف من المشاكل التالية: الاكتئاب، القلق، الأعراض الجسمانية والأعراض المتنوعة واتفقت بذلك فيما ذكره (Corney & Jenkins, 1993) بأن الاضطرابات النفسية التي يتم التعامل معها داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية هي حالات العنف المنزلي، الاعتداء الجسدي على الأطفال والفقدان المفاجئ كما يتعامل مع المشاكل في العلاقات والمشاكل السلوكية والجنسية و فقدان الثقة بالذات والحالات التي تشكو من الفقر والبطالة وحالات القلق والاكتئاب وغير ذلك.

• وهذا اتفق مع شقير (شقير، 2002: 181) التي بينت أن الإرشاد العلاجي فعال في علاج المشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية وهذا ما أظهرته الدراسة الحالية بأن الإرشاد

العلاجي في مراكز الرعاية الصحية الأولية فعال في إرشاد كلاً من الاكتئاب والقلق والأعراض الجسدية والأعراض الأخرى وتري الباحثة أن هذا التحسن من الممكن أن يفسر كنتيجة للالتزم هؤلاء السيدات بالحضور للجلسات الإرشادية وذلك لسهولة الوصول إلى المرشد النفسي داخل جمعية أرض الإنسان، كما من الممكن أن يرجع إلي التعاون الذي أبداه الطاقم الطبي من تفهم للخدمة النفسية، وتعاون مع الطاقم النفسي حيث أن السيدة كانت تأخذ موعد مع المرشد النفسي في نفس تاريخ المتابعة مع طفلها المصاب بسوء التغذية.

- ولطاقم تقديم الخدمات النفسية دوراً كبيراً في التحسن الذي طرأ على حدة الأعراض النفسية عند السيدات من حيث المرونة في إعطاء المواعيد حسب ما يتناسب مع السيدة وظروفها، و توفير المواصلات لبعض السيدات اللواتي يعانين من ظروف اقتصادية صعبة ومن جانب آخر إظهار الاهتمام بالسيدة في حال عدم تمكنها من المتابعة سواء بالزيارة المنزلية إذا كانت تقبل بذلك، أو بالاتصال تليفونيا علي الأقل للاطمئنان عليها وتحديد موعد جديد.

- كما تري الباحثة بأن عمل الفريق كفريق متكامل في وضع الخطة الإرشادية لكل سيدة قد لعب دوراً كبيراً في إيجاد أفضل الطرق الإرشادية، لتعامل مع كل حالة حسب خصوصية وضعها النفسي، كما أن عدم تجاهل الوضع الفلسطيني والثقافة الإسلامية قد لعب دوراً في وضع خطة متكاملة ساهمت في تحسين الوضع النفسي للسيدات، واستخدام المرشد تقنيات إرشادية مختلفة ومتنوعة، طبقت بمهارة أثناء العملية الإرشادية وساعد على ذلك حصول المرشد على تدريب لهذه المهارات، ساهمت في تحسن حدة الأعراض النفسية.

- وتري الباحثة أن الدراسة الحالية تختلف مع ما ذكره (Corney, 1986) بأن مراكز الرعاية الصحية الأولية تتعامل مع كافة المشاكل النفسية مهما كانت مشكلة أو عمر المريض أو مكان تواجده، حيث أظهرت أن الإرشاد في مراكز الرعاية الصحية الأولية غير فعال في علاج الذهان والبارنويا التخيلية والحساسية التفاعلية وقلق الخوف والعداوة والوسواس القهري.

- وتفسر الباحثة عدم حدوث تحسن ملحوظ في أعراض الاضطرابات الذهانية إلى الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى ظهور هذه الاضطرابات حسب علماء النفس، وهي: وجود خلل عضوي، وخلل في كيمياء الدماغ، أو اضطرابات في الهرمونات، أو وجود مشكلة في الموصلات العصبية بالجهاز العصبي، ولذلك لا تستجيب للإرشاد العلاجي، بل تتطلب تدخل دوائي مكثف. وحاول بعض التحليليين أن يجدوا لهذه الاضطرابات أسباباً نفسية، ولذلك أرجعها فرويد إلى حدوث صدمات نفسية أو نكوص للمراحل الجنسية الأولى في حياة الفرد، وعدم وجود توازن واضح في النفس الداخلية، ويتطلب حل هذا الصراع عدد جلسات طويلة

جدا وهذا غير متوفر في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

- والمريض الذي يعاني من اضطرابات ذهانية يكون غير مستبصر بمرضه، وأحيانا يرفض العلاج اعتقاداً منه أنه لا يعاني من أي مرض، ويكون لديه اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهالوس، والبعد عن الواقع، والتعلق بحياة منشأها اضطراب في التفكير، وهذا ما بينته نتائج الدراسة الحالية.

- وتعتبر البارنوايا التخيلية من تصنيفات الذهان ولكنها تختلف عنها في حدة الأعراض ونشأتها، حيث أن العوامل البيئية تلعب دوراً مهماً في نشأتها وفي بداية ظهور الأعراض، ولكن المريض هنا مستبصر بمشكلته، والتدخل معهم يتطلب علاج دوائي لتخلص من اضطرابات التفكير بجانب الإرشاد العلاجي، ولكنه يتطلب مدة طويلة (عكاشة، 2003: 345-348) وتوافقت نتائج الدراسة الحالية مع ذلك حيث أظهرت أن أعراض البارنوايا التخيلية عند السيدات تتحسن مع طول الجلسات الإرشادية ولكن عدد الجلسات في مراكز الرعاية الصحية الأولية غير كافي لتخلص من هذه الأعراض بشكل ملحوظ ولهذا لم تظهر فروق بين القياس القبلي و البعدي في حدة أعراض البارنوايا التخيلية.

- الوسواس القهري من الاضطرابات النفسية التي يلعب العامل الوراثي دوراً كبيراً في نشأته، ويتداخل مع العامل البيئي وصراعات نفسية شديدة، ويتطلب التدخل معه بالعادة العلاج الدوائي حيث تفيد الأبحاث والدراسات الحديثة أن حوالي 70%-80% من مرضى الوسواس القهري يتمثلون للعلاج بعد استعمال العقاقير مع إضافة العلاج السلوكي لمدة تزيد عن 12 جلسة علاجية، ولكن للأسف تزيد نكسة المرض بعد التوقف عن العلاج الدوائي والسلوكي، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن (6) أشهر وقد تستمر إلى سنوات (عكاشة، 2003: 184) ولهذا ترجع الباحثة عدم التحسن في حالات الوسواس القهري في البرنامج لعدم توفر العلاج الدوائي، وقلة عدد الجلسات المتاحة أمام الذين يعانون من هذا المرض، وأيضاً قلة خبرة المرشدين في البرنامج بتقنيات التعامل مع الوسواس القهري، ولذلك لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في حدة أعراض الوسواس القهري في القياس البعدي ولم يكن لعدد الجلسات أي دور في إحداث تغيير في حدة أعراض الوسواس القهري.

- **القلق الرهابي أو قلق الخوف** و هي مجموعة من الاضطرابات يستثار فيها القلق فقط بواسطة مواقف أو أشياء معينة ومحددة جداً، وعادة ما يتوكل مع الاكتئاب، والتعامل معها كما التعامل مع كل اضطرابات القلق بالعلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي، ولكن القلق الرهابي يعتمد بشكل كبير علي العلاج السلوكي الذي يعتمد على التعرض ثم الامتناع وغير

ذلك ولكنة يتطلب وقت كافي (عكاشة، 2003: 156-157) أكثر من 6 جلسات وجاءت نتائج الدراسة متوافقة مع ما ذكره (عكاشة، 2003) بأن قلق الخوف يتحسن مع زيادة عدد الجلسات.

● **الحساسية التفاعلية** هي مجموعة من الأعراض متعلقة بمشاعر الشخص، وحساسيته اتجاه الآخرين في المواقف الاجتماعية، والخوف من الإحراج أمام الناس وهذا يندرج تحت اضطرابات القلق، وهو ما يطلق عليه بالقلق الاجتماعي ويتطلب التدخل معه اعتماد العلاج المعرفي السلوكي، واستخدام تقنيات لعب الأدوار "السيكودراما"، وسحب الحساسية التدريجي، ومهارات التوكيد الذاتي وهذا يتطلب وقت من المرشد لتدريب السيدات على هذه المهارات، وهذا لم يتوفر في البرنامج الإرشادي في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وإن حاول المرشد تدريب السيدة على هذه المهارات، فلم يتسنى لهم الوقت الكافي لإحداث تغير ملحوظ في حدة هذه الأعراض وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية.

● **العداوة** هي أي سلوك عنيف يتجلى، في كل من اليد واللسان والقلب وتنتج أو تظهر عند حدوث مثيرات خارجية من قبل الآخرين، ولقد أظهرت الدراسة الحالية أنه لا توجد فورق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لحدة أعراض العداوة ولم يكن لعدد الجلسات أي دور في تحسن هذه الأعراض. وتفسر الباحثة ذلك في ضوء النظريات النفسية المختلفة لسلوك العداوة، حيث أفاد التحليلين أن السلوك العدواني نتيجة احباطات سابقة أو توقع لإحباطات لاحقة، وهذا يؤدي عادةً -ليس دائماً- إلى العدوان. ويرى السلوكيون أن العدوان سلوك مكتسب يتعلمه الفرد خلال حياته. وقد لاحظت الباحثة من خلال التاريخ المرضي للحالات أنها تتعرض بشكل مباشر إلى العنف من قبل الزوج أو أهل الزوج وهو ما أثر بشكل مباشر على تقديرها لذاتها، وإحساسها بالدونية، واستصغار الناس لها، وبخسهم لإمكانياتها، مما ولد شعوراً بالغضب بداخلها، لا تستطيع التعبير عنه، ولا يمكن للمحيطين السماح لها بذلك، وهذه الظروف جعلتها توجه هذا الشعور اتجاه نفسها وأطفالها، وأدى ذلك لاستخدام وسائل دفاعية لحماية ذاتها من التوتر.

● معظم السيدات اللواتي دخلن البرنامج يعانين من ظروف اقتصادية صعبة تتمثل في بطالة الزوج وفقده لدوره الأساسي في الأسرة كرجل ومعيّل لها، فولدت بداخله ضغطاً نفسياً أصبح يعاني منه اغلب الوقت، وقام بتوجيه هذا الضغط اتجاه الزوجة والأبناء سواء بالاعتداء الجسدي أو اللفظي، ومعظم هؤلاء النسوة يعيشون في أسر ممتدة مليئة بالمشاحنات الأسرية سواء بسبب الأبناء، أو رفض سلوك السيدة داخل المنزل وتعرضها للتدخلات المستمرة من قبل أهل الزوج في حياتها، ورفضها لذلك. لكنها لا تملك الوسائل والطرق

للتعبير عن رفضها للواقع، أو محاولة تغييره بطريقة تكون مقبولة من الآخرين ولا تعرضها للمزيد من المشاكل الداخلية، وذلك لصغر سنها عند الزواج، وفقدانها المهارات الأساسية للتعامل مع الزوج والمحيطين، كل هذه العوامل ولدت بداخلها شعورا قويا بالإحباط، والدونية، وظهور شعور قوي بالغضب والعدوان اتجاه الآخرين، وحاولت التعبير عنه بطريقة لا تعرضها للمساءلة، مثل تعطيل الذات وعدم القيام بواجبها اتجاه زوجها أو اللجوء للشكوى المرضية التي تؤثر في الآخرين سلبا أكثر مما تؤثر في نفسها وبهذه الطريقة تحاول تخفيف شحنة الغضب الداخلية كوسيلة دفاعية، تستخدم بطريقة غير واعية من قبل السيدة وهي ما يعرف "بالعدوان السلبي"، كما تحاول تحويل عواطفها الغاضبة اتجاه زوجها إلى أبنائها سواء بالضرب أو الإهانة اللفظية، وهو ما يعتبره علماء النفس وسيلة دفاعية يطلق عليها "الإزاحة".

• وخلال الجلسات الإرشادية التي تلقتها السيدات من قبل المرشدين، كانت هناك محاولات للوصول إلى مصدر شعورهن بالغضب و تدريبهن على تمارين لها علاقة بالسيطرة على الغضب وبعض المهارات الأخرى، مثل مهارات توكيد الذات: وهي القدرة على التعبير عن النفس بدون الاعتداء على حقوق الآخرين، ثم العمل على تحسين نظرتهم إلى ذواتهن، والمقدرة على التحكم بأنفسهن وقت الغضب وهذه المهارات تتطلب عدد كبير بالإضافة إلى الوقت الطويل من الجلسات، والتخلص من المخاوف الداخلية الناتجة عن تطبيق المهارات التي يتم التدريب عليها داخل الجلسات لممارستها في البيئة، وللوصول بالسيدات إلى بر الأمان لابد من التدخل من خلال الأسرة وهذا في اغلب حالات البرنامج قوبل بالرفض سواء من قبل السيدة التي تتلقى الخدمة النفسية أو عائلتها كما يتطلب التخلص من أعراض العداوة توفير مجتمع هادئ ومستقر، وترى الباحثة أن الأسباب التي ذكرت سابقا، وأسباب أخرى لم تتوصل لها الباحثة من الممكن أن تكون من أسباب عدم التحسن في أعراض العداوة عند السيدات.

5. 4. نتائج تساؤل الدراسة الثاني:

نص التساؤل: ما مستوى رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

للتعرف على مستوى رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن

النسبي للدرجة الكلية تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الأولية، ويتضح ذلك من خلال جدول (4.5):

جدول 4.5

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمقياس رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية (ن=40)

الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	المتوسط	عدد الفقرات	الدرجة الكلية		رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية
				أعلى	أدنى	
88.8	2.3	22.2	5	25	5	مكان إجراء الجلسة
65.5	2.8	13.1	4	20	4	وقت الجلسة
86.4	4.7	47.5	11	55	11	شخصية المرشد ومهاراته
80.4	4.7	36.2	9	45	9	طريقة التدخل
79.6	4.7	27.9	7	35	7	استعداد المريض
80.7	8.5	64.5	16	80	16	نتيجة الإرشاد
87.4	21.3	227.3	52	260	52	الدرجة الكلية

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في 100

يتضح من جدول (19) أن متوسط درجة رضا المنتفعات عن الخدمة الإرشادية المقدمة لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية بلغ 227.3 درجة وانحراف معياري 21.3، وبوزن نسبي (87.4%) وهذا يدل على أن المنتفعات راضيات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن في مركز الصحة الأولية بدرجة كبيرة وبنسبة 87.4%.

بما أن مقياس رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية ستة أبعاد فقد بلغ متوسط درجات بعد الرضا عن مكان إجراء الجلسة 22.2 وانحراف معياري 2.3 وبوزن نسبي 88.8%، وهذا يدل على أن المنتفعات راضيات عن مكان إجراء الجلسة بنسبة 88.8%، في حين بلغ متوسط درجات بعد (الرضا عن وقت الجلسة) 13.1 وانحراف معياري 2.8 وبوزن نسبي 65.5%، وهذا يدل على أن المنتفعات راضيات عن وقت إجراء الجلسة بنسبة 65.5%، ثم بلغ متوسط درجات بعد (الرضا عن شخصية المرشد ومهاراته) 47.5 وانحراف معياري 4.7 وبوزن نسبي 86.4% وهذا يدل على أن المنتفعات راضيات عن شخصية المرشد ومهارته بدرجة عالية وبنسبة 86.4%، في حين بلغ متوسط درجة الرضا عن

(طريقة التدخل) 36.2 وبانحراف معياري 4.7 وبوزن نسبي 80.4% وهذا يدل على أن المنتفعات راضيات عن طريقة التدخل وبنسبة 80.4%، وفقد بلغ متوسط درجات بعد (استعداد المريض) 27.9 وبانحراف معياري 4.7 وبوزن نسبي 79.6% وهذا يدل على أن المنتفعات كانت لديهن استعداد نفسي لتلقي الخدمات الإرشادية، في حين بلغ متوسط بعد (الرضا عن نتيجة الإرشاد) 64.5 بانحراف معياري 8.5 وبوزن نسبي 80.7%، وهذا يدل على أن المنتفعات راضيات عن نتيجة الإرشاد التي حصلن عليها بنسبة 80.7%.

تضمن مقياس الرضا عن الخدمة النفسية بعض التساؤلات حول توقعات واحتياجات وعودة المنتفعات لتلقي الخدمة النفسية، وكانت إجابة المنتفعات كما يوضح جدول (5.5):

جدول 5.5

إجابات الأسئلة المفتوحة في استمارة الرضا

العبارة	التكرار	النسبة
قبول العودة لتلقي الخدمات النفسية		
تقبل بالعودة لتلقي الخدمة النفسية	39	97.5%
لن تعود لطلب الخدمة النفسية	1	2.5%
مدى تلبية الخدمات المقدمة لاحتياجات السيدات		
لبت القليل من احتياجاتهن	28	70%
لبت كل احتياجاتهن	11	27.5%
لم تلب أياً من احتياجاتهن	1	2.5%
التوقع بالنسبة لتحسن على حالتهم		
تتوقع أن يطرأ تحسن على حالتهم	30	75%
تتوقع أن لا يطرأ تغير على حالتهم	9	22.5%
لم توجد لديهن أي توقعات	1	2.5%

وتري الباحثة أن نتائج هذا التساؤل جاءت متوافقة مع ما جاء في الدراسات السابقة وما تم عرضه في الإطار النظري.

حيث كان هناك تشابه بين الدراسة الحالية ودراسة (King el at, 2000) في أن المرضى الحاصلين علي الإرشاد النفسي أكثر رضا من غيرهم من المرضى.

وكان هناك اتساق بين نتيجة الدراسة الحالية ودراسة (العيسى، 2005) في أن متلقي الخدمات الطبية أو النفسية راضين عن الخدمات المقدمة لهم ولكن كان الاختلاف في الدرجة حيث كانت درجة رضا المرضى في دراسة العيسى متوسطة بينما في الدراسة الحالية عالية وهذا ما اتفقت به مع نتائج دراسة (قوته وتمراز، 2000) التي أظهرت أن المرضى المترددين على برنامج غزة لصحة النفسية بلغت درجة رضاهم عن الخدمة 89.1%، بينما الدراسة الحالية بلغ معدل الرضا فيها 87.4%، وهذا يدل على وجود تقارب كبير بين الدرجتين في الدراستين بينما كان الاختلاف في مدى تلبية الخدمات المقدمة لاحتياجات المرضى حيث بلغت بدراسة (قوته وتمراز، 2000) 89.1%، بينما في دراستنا الحالية كان 70%.

واتفقت نتيجة الدراسة مع الدراسات السابقة التي اهتمت برضا المنتفعين التي معظمها أظهرت بنسبة 80% أو أكثر إن المرضى راضين عن الرعاية الصحية التي يتلقونها مع وجود نسبة قليلة جدا من الاستجابات السلبية في هذا الصدد (Doherty et al, 2003).

واتفقت الدراسة مع ما صدر عن منظمة الصحة العالمية أن درجة التحسن الناتج عن العملية الإرشادية يتأثر ويؤثر بدرجة رضا المنتفعين (workbook6, 2000) الذي يعبر عن معرفة وخبرات الشخص اتجاه الخدمات الصحية.

والرضا يعكس كلا من الأمور الوجدانية والعقلية والعاطفية والخبرات السابقة والتوقعات وشبكة العلاقات (Keegan et al, 2003). وخلصت الدراسة أن درجة رضا المنتفعين عن الخدمات المقدمة كانت 87.4% وهي تعكس مدى المصداقية والاعتمادية بان الخدمات قد قدمت على الوجه الكامل والأنسب، ومدى الاستجابة للخدمات، ومدى ولاء مقدمي الخدمات للوصول إلي حاجات المرضى، ومدى احترام مقدمي الخدمات، ومدى الشعور بالأمان عند الحصول على الخدمات خصوصاً فيما يتعلق بسرية المعلومات وخصوصيتها (Workbook 6, 2000).

ويمكن أن تفسر الباحثة ارتفاع معدل الرضا لأن المرضى في الخدمات الإنسانية لديهم القابلية أن يكونوا شاكرين لدرجة كبيرة عن الخدمات المقدمة لهم، وفي الغالب يمتنعون عن نقض الخدمات المقدمة لهم. والمريض الذي يعاني من مشكلة في الثقة بالنفس أو المريض الذي يعي وجود فروق بينه وبين مقدم الخدمات له، يمكن أن يشعر بأنه مجبر أن يظهر رضاه وشكره للخدمات المقدمة، وهذا من الممكن التغلب عليه إذا تم الشرح للمريض بأنه لن يكون هناك أي تأثير سلبي على الخدمة المقدمة له نتيجة إجابته، ويمكن توضيح ذلك شفويا أو كتابيا عند تعبئه

الاستمارة، مع التأكيد علي سريه وخصوصية النتائج (Work Book 6, 2000). وعلى الرغم من أن الباحثة قد قامت بالتتويه شفويا وكتابيا على أن إجاباتهم لن تؤثر على العلاج المتلقي إلا أن إجاباتهم كانت كما أظهرتا الدراسة.

واستندت الباحثة إلي الإطار النظري في قياس أبعاد الرضا في الإرشاد وهي (المرشد: وخبرته واتجاهاته ومهاراته وأخلاقياته وشخصيته وغير ذلك،المسترشد: ومدى إقباله واستبصاره وتكامل شخصيته والمشكلة أو الاضطراب ونوعها ومدتها وحدتها، ظروف العمل العلاجي الإرشادي مثل الزمان والمكان وتوافر المعلومات والوسائل، طريقة الإرشاد: ومدى كفاءتها وتمرس المرشد في استخدامها (ملحم، 2002: 368).

واهتمت الدراسة الحالية بالتعرف على توقعات المرضى، وذلك لان التوقعات تؤثر بطريقة كبيرة ومهمة في قياس رضا المرضى وخبراتهم في المجال الصحي. ودرجة رضا المرضى تتأثر بدرجة الوصول إلى التوقعات التي تتداخل في تكوينها العديد من الأمور مثل الحاجات الشخصية، الخبرات السابقة، وسائل الاتصالات، وسمعة المؤسسة أو الخدمة، معتقدات وقيم الشخص وطبيعة المريض (Judge & Soloman, 1993). وغير ذلك وهذا ما لمسته الباحثة في الدراسة الحالية حيث أن سمعة المؤسسة من ناحية تقديم مساعدات عينية للمنتفعين قد لعبت دور كبير في رفع سقف توقعات المنتفعين من الخدمة المقدمة ولكن مع مرور الوقت وترددهم على الخدمات النفسية لم يلمسوا الخدمات العينية ولذلك لم توافق توقعاتهم، وكانت نسبة 70% منهم قد لبت الخدمة المقدمة القليل من احتياجاتهم، بينما فقط 27.5% لبت كل احتياجاتهم.

سمعة المؤسسة قد أثرت أيضا برغبة المنتفعات العودة لطلب الخدمة والاستمرار بالمتابعة التي كانت بنسبة 97.5%، على الرغم أن توقعات المنتفعات في حدوث تغيير على حالتهم كان بنسبة 75% يطرأ تحسن على حالتها، بينما 22.5% تتوقع أن لا يطرأ تحسن على حالتها، ومع ذلك ترغب بالاستمرار بالمتابعة تري الباحثة أنه من الممكن أن تكون هناك تفسيرات أخرى لرغبة المنتفعات للاستمرار للمتابعة تعود إلى العلاقة الجيدة بينهن وبين المرشد (Crow et al, 2003).

5.5. نتائج تساؤل الدراسة الثالث:

نص التساؤل: ما مدى مساهمة العملية الإرشادية في تغيير اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

وانبثق من هذا التساؤل الفرضية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات اتجاهات المنتفعات في القياس القبلي ودرجات اتجاهات المنتفعات في القياس البعدي حول وجود الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" Paired T-Test للفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين) Paired Sample T-test، ويتضح ذلك من خلال الجدول (6.5):

6.5 جدول

الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي باختبار "ت" للعينات المترابطة على مقياس اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية (ن=40)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	متوسط الفرق	الانحراف المعياري	المتوسط	مقياس اتجاهات المنتفعات
دالة إحصائية	4.7	4.6	4.5	26.4	القياس القبلي
			3.7	31.0	القياس البعدي

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية 39 ومستوى دلالة (0.05) تساوى 2.02

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية 39 ومستوى دلالة (0.01) تساوى 2.7

تبين من خلال جدول (21) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهذا يدل على أن العملية الإرشادية لها أثر في تغيير اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية لصالح القياس البعدي:

حيث بلغ متوسط درجات اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في القياس القبلي 26.4 وبانحراف معياري 4.5، في حين بلغ متوسط درجات اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في القياس البعدي 31.0 وبانحراف معياري 3.7، حيث بلغ متوسط الفرق في درجات اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية 4.6 درجة.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء ما تم عرضه من دراسات سابقة وإطار نظري، حيث اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (زقوت، 2001) في أن المترددين على المعالجين النفسيين لديهم اتجاهات ايجابية نحو المرض النفسي أكثر من المترددين على المعالجين التقليديين وأثبتت الدراسة الحالية أن استمرار المتابعة عند المعالجين النفسيين تزيد من الاتجاهات الايجابية نحو

المرض النفسي عند الجمهور.

واتفقت النتائج مع ما جاء في الإطار النظري بأن الاتجاه هو عبارة عن حالة من الاستعداد لدي الفرد تدفعه إلي تأييد أو عدم تأييد موضوع ما أو شيء (أبو زينه، 1998: 29) وتتكون من ثلاث مكونات رئيسية المكون المعرفي أو الإدراكي، المكون الوجداني المكون السلوكي (Aronson & Akert, 2005; Moghaddam, 1998) ومن الملاحظ أن الناس يلجئوا للاتجاهات كوسيلة لتبسيط وتوضيح الموضوعات المعقدة التي يتعرضون لها، ومحاولة لحماية تقديرهم لذاتهم، و السماح لأنفسهم بالتعبير عن القيم والقواعد الأساسية الموجودة بداخلهم (Traindis, 4).

ولاحظت الباحثة أن اتجاهات المنتفعات قبل البدء بالعملية الإرشادية كانت أقرب إلى السلبية (حيث بلغ متوسط درجات اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في القياس القبلي 26.4 و بانحراف معياري 4.5) ومن الممكن أن يرجع ذلك إلى عدد من العوامل من أهمها الخبرة السابقة والتي تكونت من خلال الأسرة والعادات والتقاليد ووسائل الإعلام التي تساهم في نقل صورة مشوهة عن المريض النفسي والمعالج النفسي (الزيود وعليان، 2005: 46-47) وبعد تلقي الجلسات الإرشادية كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لصالح القياس البعدي (حيث بلغ متوسط درجات اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في القياس البعدي 31.0 و بانحراف معياري 3.7. حيث بلغ متوسط الفرق في درجات اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية 4.6 درجة) وهذا يدل على أن العملية الإرشادية كانت فعالة في إحداث تغيير في اتجاهات المنتفعات ومن الممكن أن يعود ذلك إلى أن الاتجاهات ليست ثابتة بل هي تراكمية وتتغير بتغير وتبدل الخبرات، والإنسان باستمرار يتبنى ويكون مواقف حسب حاجاته ومعتقداته، والاتجاهات لا يمكن تغييرها بعملية تعليم بسيطة ولكن تغييرها يتأثر بعدة عوامل (Aronson & Akert, 2005) وهي ما اعتمد عليها المرشد النفسي داخل البرنامج في عمله مع المنتفعات والعوامل هي: الخصائص الشخصية للسيدات، شخصية ومهارة المرشد نفسه، الطريقة والأسلوب التي استخدمها المرشد خلال العملية الإرشادية، الأساليب المعرفية والإدراكية التي استخدمها المرشد لتغيير معتقدات وأفكار السيدات (Aronson & Akert, 2005).

5.7. تعقيب عام للباحثة على نتائج الدراسة:

وخلصت الدراسة الحالية إلي أن عملية دمج الخدمات النفسية في مراكز الرعاية

الصحية الأولية له الكثير من الفوائد التي تعود علي كل أفراد المجتمع وعلي وجه الخصوص مع المريض فهي سهلت من عملية اكتشاف وعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية وبالتالي قللت من الشعور بالعجز الناتج من هذه الاضطرابات.

والملاحظ أن دمج العملية الإرشادية قد لعب دور كبير في تغيير اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة الإرشادية بشكل ايجابي وقد ظهرت بشكل واضح في نتائج الدراسة وهذا شيء جيد بصفة عامة حيث انه يعكس أهمية وجود المرشد بجوار الطبيب، الذي ساهم في تعزيز ثقة السيدات به، وسرعة التقبل لتلقي هذه الخدمات، كما أنها سهلت على المنتفعات الحصول على الخدمة، ووفرت الغطاء المطلوب من قبلهن لتلقي هذه الخدمة داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، وليس من خلال مراكز متخصصة للخدمات النفسية والتي يرتبط الذهاب إليها في ذهن الكثير من السيدات وعائلاتهم بالجنون، أو فقدان السيطرة والقدرة على التكيف، وكل هذه العوامل قد ساهمت في زيادة درجة رضا المنتفعات عن الخدمات النفسية المقدمة داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية وهو ما خلصت له الدراسة.

الفصل

التوصيات

والمقترحات

الفصل السادس

التوصيات والمقترحات

6.1. التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة توصي الباحثة فيما يلي:

- ضرورة دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية بنفس الطريقة والأسلوب الذي استخدمته الدراسة.
- عقد دورات أو ورشات عمل لتوضيح أهمية دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية للعاملين في المجال الطبي والنفسي.
- تدريب الطاقم الطبي على مساعدة المهنيين النفسيين لاكتشاف الحالات التي بحاجة لتدخل نفسي وتحويلها.
- إدخال بعض الأدوية التي تساهم في تحسين بعض المشاكل النفسية التي تكون بحاجة لها تحت إشراف طبيب نفسي.
- تشجيع الباحثين على تناول موضوعات لها علاقة بتقييم برامج متداخلة (صحية ونفسية).
- تجهيز أماكن خاصة بالإرشاد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- إبعاد غرفة المرشد داخل مراكز الرعاية الصحية عن أماكن الانتظار.
- زيادة عدد الجلسات الإرشادية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية أكثر من 6 جلسات.

2.6. المقترحات:

استكمالاً للجهد الذي بدأته الباحثة وفي ضوء ما انتهت إليه دراستها ترى الباحثة إمكانية القيام بدراسات أخرى في مجال تقييم البرامج الصحية النفسية بشكل عام وتقييم دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية بشكل خاص بحيث تتناول الدراسات المقترحات التالية:

- دراسة تتابعية للتعرف على مدى التحسن في حدة الأعراض النفسية عند المرضى المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- دراسة تهتم برأي المهنيين النفسيين والطبيين وإدارة البرامج في دمج الخدمات النفسية.
- دراسة مسحية لمعدل انتشار الأعراض النفسية بين المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- دراسة تأثير دمج الخدمات النفسية وتأثيرها على كل بعد من أبعاد قائمة حدة الأعراض النفسية.
- دراسة مدى فاعلية استخدام أساليب إرشادية مختلفة في التعامل مع الاضطرابات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية.
- إعداد برنامج تدريب وتقييم مدى فاعلية الطاقم الطبي داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- دراسة تقييم دمج العملية الإرشادية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية على الذكور.
- دراسة تقييمه لبعض الحالات التي تتلقي الإرشاد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية مع توضيح الأساليب الإرشادية المتبعة بالتفصيل.

تقديم : سماح عبد بدر أبو سيدو إشراف : د. سناء إبراهيم أبو دقة

تقييم دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المنتفعين

تعتبر هذه الدراسة من أوائل الدراسات في البيئة الفلسطينية وربما في المحيط العربي (حسب علم الباحثة) والتي تعنى بدراسة تقييم دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية وبذلك تفتح المجال أمام المزيد من الأبحاث والدراسات في هذا السياق. وقد هدفت هذه الدراسة إلي قياس مدي فاعلية دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في جمعية أرض الإنسان الخيرية من وجهة نظر المنتفعين. وتتحد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: "ما مدي فاعلية دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في جمعية أرض الإنسان من وجهة نظر المنتفعات؟"

وينبثق عن هذا التساؤل الأسئلة الفرعية التالية:

5. ما مدي مساهمة دمج العملية الإرشادية في إحداث تغيير في حدة الأعراض النفسية المختلفة عند المنتفعات وما علاقة عدد الجلسات بهذا التغيير؟
6. ما مستوى رضا المنتفعات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية؟
7. ما مدى مساهمة العملية الإرشادية في تغيير اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

وتمت صياغة الفرضيات التالية:

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في حدة الأعراض النفسية عند المنتفعات.
5. لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في متوسط أبعاد الأعراض النفسية في

القياس البعدي تعزى لعدد الجلسات (أقل من أو يساوي 6 جلسات، 7 جلسات فأكثر).

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات اتجاهات المنتفعات في القياس القبلي ودرجات اتجاهات المنتفعات في القياس البعدي حول وجود الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

الإجراءات:

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة الكلية من (250) سيدة تتردد على برنامج الدعم النفسي في جمعية أرض الإنسان، وتم اختيار السيدات اللواتي راجعن برنامج الدعم النفسي في الفترة ما بين شهر فبراير 2006 وحتى نهاية شهر مايو 2006. فكان عدد الحالات الآتي تم تحويلهن لتلقي خدمات نفسية (40) حالة.

أدوات الدراسة:

1. مقياس حدة الأعراض النفسية من ترجمة وتقنين الدكتور احمد البحيري وهو ما يعرف ب (SCAL-90) ويتكون هذا المقياس من 90 عرضاً نفسياً اعتادت أن تشكو منها السيدات. ويتم تطبيق المقياس مرتين (عند الدخول بالبرنامج، و3 بعد شهر من المتابعة).

2. مقياس الاتجاهات نحو الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية وهو من إعداد الباحثة ويتكون من 10 عبارات لكل عبارة 4 خيارات ويتم تطبيقه مرتين (عند الدخول بالبرنامج، وبعد 3 شهور من المتابعة).

3. مقياس الرضا عن العملية الإرشادية العلاجية وهو من إعداد الباحثة ويتضمن 52 بند، لكل منها 5 خيارات تتدرج من الأكثر إلى الأقل، وأسئلة أخرى حول التوقعات وتلبية الحاجات ويتم تطبيقه مرة واحدة بعد مرور 3 شهور على المتابعة.

التحليل الإحصائي: تم استخدام معامل ارتباط بيرسون واختبار T. للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين بالإضافة إلي الإحصاءات الوصفية .

النتائج:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والقياس البعدي على درجات كلاً من (حدة الأعراض الجسدية، الاكتئاب، القلق، وأعراض أخرى) بينما لم توجد هذه الفروق في حدة أعراض كل من (الوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والعداوة، وقلق الخوف، والبارانويا التخيلية، والأعراض الذهانية).

2. توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 جلسات فأقل) ومتوسط درجات المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 جلسات فأكثر) بالنسبة لكلٍ من (حدة الأعراض الجسمانية، الاكتئاب، القلق، قلق الخوف، والبارنويا التخيلية) لدى المنتفعات من الخدمة الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، والفروق كانت لصالح المنتفعات من فئة الجلسات (6 جلسات فأقل)، وهذا يدل على أن المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (7 فأكثر) انخفضت حدة الأعراض الجسمانية لديهن أكثر من المنتفعات اللواتي تلقين جلسات إرشادية (6 فأقل)، بينما لم توجد هذه الفروق في كلٍ من (الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، العداوة، والأعراض الذهانية والمتنوعة).

3. كما أظهرت النتائج أن المنتفعات راضيات عن الخدمة النفسية المقدمة لهن في مركز الرعاية الصحية الأولية بدرجة كبيرة وبنسبة 87.4%.

4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهذا يدل على أن العملية الإرشادية لها أثر في تغيير اتجاهات المنتفعات نحو الخدمة النفسية لصالح القياس البعدي.

أهم التوصيات :

1. ضرورة دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية بنفس الطريقة والأسلوب الذي استخدمته الدراسة.
2. تدريب الطاقم الطبي على مساعدة المهنيين النفسيين لاكتشاف الحالات التي بحاجة لتدخل نفسي وتحويلها.
3. تشجيع الباحثين على تناول موضوعات لها علاقة بتقييم برامج متداخلة (صحية ونفسية).

Samah Abo Seedo

Dr. Sanaa Abou-Dagga

Evaluation of integrated mental health counseling into primary health care from point view of clients

This study is considered to be one of the first studies in Palestine and (to the knowledge of the researcher) perhaps in the Arab region that deal with evaluation of integrated mental health counseling into primary health care . the study might open the field for other research studies dealing or concern on effectiveness of integrating mental health into primary care.

The Aim of this study to examine the effectiveness of integrated mental health counseling into primary health care from point view of clients.

The Problem of the study has been specified in the following major question "what is effectiveness of integrated mental health counseling into primary health care in Ard El Insan clinics from point view of clients?"

Other sub-questions were branched as follows:

1. How integrate mental health counseling can contribute the change in the severity of different mental health symptoms in clients, and how it can be related to session numbers?
2. What is the clients satisfaction level toward mental health services in primary health care clinic?
3. How can integrate mental health counseling into primary health care contribute clients attitude toward mental health services?

The study attempted to test the following hypotheses:

1. Are there statistical differences at the 0.05 level between the level of mental symptoms on Scal-90 among clients on pre & post implementation of mental health counseling.
2. Are there statistical differences at the 0.05 level between mental health symptoms related to session numbers (below 6- above 7).
3. Are there statistical differences at the 0.05 level between the first assessment average score of attitudes of clients toward exciting of mental health services on primary health care and the second assessment.

Method:

• Participants:

The sample consisted of 40 women ,who attending to psychological department of Ard El Insan clinics (Gaza- Khan-Younes)during the period from February 2006 to May 2006.

• Baseline measures:

- 1. Symptoms Check List 90 (SCL-90):** which was translated by Dr. Ahmed El Bohery and used by Gaza Community Mental Health program, the scale consists 90 mental health symptoms which may the women experiences during her life. It will ably twice (entering the program, after 3 month of intervention).
- 2. Checklist of Attitude toward mental services into primary health care:** which was developed by the researcher, consists 10 questions each one had four items and the clients had to chose one of them. It will ably twice (entering the program, after 3 month of intervention).
- 3. Checklist of satisfaction with mental health services :** which was developed by the researcher ,consists 52 questions each one had 5 items and the clients had to chose one of them. It will ably once after spending 3 month in the program.

• Intervention:

Women enter to the programme would apply the SCAL-90 and checklist of attitude in the first session then, she would came regularly to see the counselor for max. 12 session each session continuo to 45 mint. Where the counselor try to use all the therapeutic methods which may be useful for her client, each case were discussed by the team to put the action plan for it, also for evaluate the progress of the cases .Each follow session was recording on the clients file.

After spending 3 month of entering the programme the case will had 3 questioners to fill fit (scal-90, checklist of attitude, checklist of satisfaction), the number of session which received will recorded.

Statistical analysis:

Person correlation, dependent and independent T-test were used in addition to descriptive statistics.

Results:

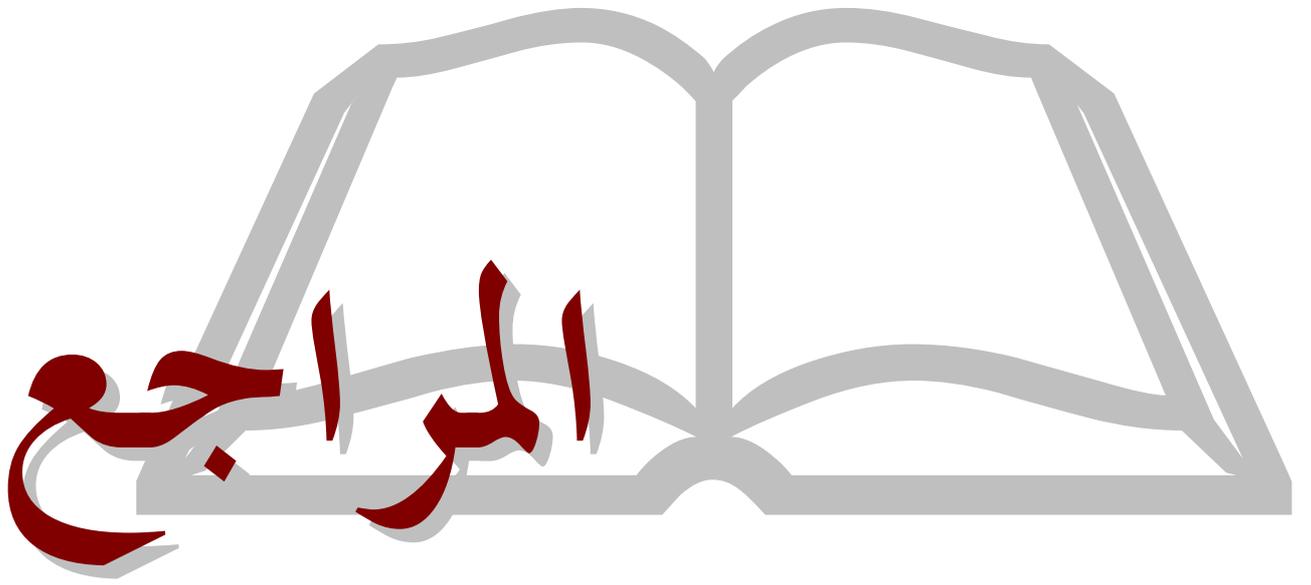
1. There are statistical differences between average scores of women in the pre-test scores and average scores of the post

test on the mental health symptoms in each of (Somatization, Depression, Anxiety & Different symptoms) but There is No statistical differences in (Obsessive–Compulsive, Interpersonal sensitivity, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, Psychotics).

2. There are statistical differences between average scores of women who received (less than 6 session) and women who received (more than 7 session) in SCAL-90 in each of (Somatization, Depression, Anxiety Phobic Anxiety & Paranoid Ideation) but There is No statistical differences in (Obsessive–Compulsive, Interpersonal sensitivity, Hostility, Psychotics & Different symptoms).
3. Level of client satisfaction about mental health services into primary health care are 87.4%.
4. There are statistical differences between average scores of women in the pre-test scores and average scores of the post test on checklist of attitude toward mental health services into primary health care clinic.

Recommendation:

1. Integrated mental health services into the primary health clinic in the same way which used in Ard El Insan clinic.
2. Provide training courses to all the medical team on mental health issue.
3. Encourage the researchers to study the subject which related to integrate medical health with mental health.



المراجع

المراجع العربية

المصادر:

1. القرآن الكريم.
2. أخذت الآيات القرآنية المشكلة من موقع "مجمع الملك فهد لطباعة المصحف الشريف بالمدينة المنورة" على شبكة الانترنت. <http://www.qurancomplex.org>

المراجع العربية:

- إبراهيم إبراهيم، عبد الستار، عسكر، عبد الله (1999). علم النفس الإكلينيكي، الطبعة الثانية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- أبو حويج أبو حويج، مروان، الصفدي، عصام (2001). المدخل إلى الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو زينه أبو زينه، فريد كامل (1998). أساسيات القياس والتقييم في التربية، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- أبو علام أبو علام، رجاء محمود (1998). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، الطبعة الأولى، دار النشر للجامعات.
- أبو عبادة أبو عبادة، صالح بن عبد الله، نيازي، عبد المجيد طاش (2001). الإرشاد النفسي والاجتماعي، مكتبة العبيكان، الرياض.
- أبو عطيه أبو عطيه، سهام درويش (1997). مبادئ الإرشاد النفسي، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- البلتاجي البلتاجي، تيسير (2003). تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركياً جراء انتفاضة الأقصى بمحافظة غزة في الفترة (28/9/2000-

(28/9/2001)، دراسة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، غزة.

الحمد، مهاد بن معتاد، الشهيبي، صالح بن عبد الرحمن (1990). ندوة
واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها، معهد الإدارة العامة للبرامج
العليا، ص 17-19.

المالكي، موزة (2003). اتجاهات المواطنين القطريين نحو الإرشاد
أزواجي والأسري، مجلة العلوم التربوية، جامعة قطر، العدد(3)،
وص 211.

الهندي، فاطمة(2002). رضا المرضى عن خدمات التصوير الإشعاعي في
مدينة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة
القدس، غزة، فلسطين.

الخطيب، محمد جواد (2000). التوجيه والإرشاد النفسي، جامعة الأزهر،
كلية التربية، ط2.

الخوaja، عبد الفتاح محمد سعيد (2001). علم النفس:العلاج النفسي
المعاصر، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الدوسري، راشد حماد (2004). القياس والتقييم التربوي الحديث، دار
الفكر، القاهرة.

الشناوي، محمد محروس (2001). بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد
والعلاج النفسي. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

الشناوي، محمد محروس(1996). العملية الإرشادية والعلاجية، دار غريب
للطباعة والنشر، القاهرة، الطبعة الأولى.

الشناوي، محمد محروس (2005). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار
غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

- الزيود نادر فهمي (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
-
- الزيود، نادر، عليان، هشام (2005). مبادئ القياس والتقييم في التربية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الثالثة.
- الزبيدي، هيثم كامل، أبو هلاله، ماهر (2003). القياس والتقييم في التربية وعلم النفس. دار الكتاب الجامعي، الطبعة الأولى.
- الزبادي، أحمد محمد، الخطيب، هشام إبراهيم (2000). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الأهلية للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، الأردن.
- العزة، سعيد حسيني (2000). الإرشاد الأسري: نظرياته وأساليبه العلاجية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
- العيسوي، عبد الرحمن (1993). أمراض العصر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
-
- العيسوي، عبد الرحمن (1994). الأمراض النفسية والعقلية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- الفرخ، كاملة، تيم، عبد الجابر (1999). الصحة النفسية للطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
- القذافي، رمضان محمد (1997). التوجيه والإرشاد النفسي، دار الجيل، بيروت، الطبعة الأولى.
- المهدي، محمد عبد الفتاح (2004). الصحة النفسية للمرأة، دار عالم المعرفة، القاهرة.
- النحاس، محمد كامل (1964). الدين والصحة النفسية. مجلة الصحة

النفسية، العدد (2)، ص 1-5.

- جبل، فوزي محمد (2000). الصحة النفسية: وسيكولوجية الشخصية. المكتبة الجامعية، الإزاريطة، الإسكندرية.
- جمعية أرض الإنسان الفلسطينية الخيرية (2005) التقرير السنوي.
- خضر، محمد علي (1996). الإشراف والتقييم في طريقة العمل مع الجماعات. منشورات **ELGA** مالطا.
- خضر، عبد الباسط متولي (2000) فعالية الإرشاد النفسي الديني والتدريب علي المهارات الاجتماعية والدمج بينهما في خفض حدة الغضب لعينة من المراهقين، مجلة كلية التربية، العدد (24)، الجزء الثالث.
- رضوان، سامر (2002). الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- زقوت، سمير (2001). الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى المترددين علي المعالجين النفسيين والمترددين علي المعالجين التقليديين وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- زهران، حامد عبد السلام (2003). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عالم الكتب، الطبعة الأولى.
- زهران، حامد عبد السلام (1998). التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة، الطبعة الثانية.
- زهران، حامد عبد السلام (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، الطبعة الثالثة.

- سري، إجلال محمد (2000). علم النفس العلاجي، عالم الكتب، الطبعة الأولى.
- سري
- سكيك، مازن (1999). تقييم الوضع الصحي في قطاع غزة في إطار إستراتيجية منظمة الصحة العالمية توفير الصحة للجميع بحلول سنة 2000، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة.
- سكيك
- شقيير، زينب محمود (2002). علم النفس العيادي الإكلينيكي، مكتبة النهضة المصرية، ط2.
- شقيير
- شاذلي، عبد الحميد محمد (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، الطبعة 2.
- شاذلي
- صالح، عبد المحسن محمود حسن (2003). الصحة العامة بين البعد الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية.
- صالح
- صبحي، سيد (2003). الإنسان وصحته النفسية، الدار المصرية اللبنانية، الطبعة الأولى.
- صبحي
- طعامنة، محمد، وآخرون (1994). أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق، مؤتة للبحوث والدراسات، مج(10)، ع (6).
- طعامنة
- عمر، ماهر محمود (1992). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، الطبعة الثالثة.
- عمر
- عمر، عبد الرحمن (2001). تقييم الخدمات النفسية في قطاع غزة وفلسطين سنة 1999، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، فلسطين.
- عمر
- عبد الله، محمد قاسم (2001). مدخل إلي الصحة النفسية، دار الفكر
- عبد الله

للطباعة، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

- عبيدات عبيدات، سليمان احمد (1988). **القياس والتقييم التربوي**، كلية التربية، الجامعة الأردنية، الأردن.
- عكاشة عكاشة، أحمد (2003). **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عودة عودة، أحمد (2002). **القياس والتقييم في العملية التدريسية**، دار الأمل، الإصدار الخامس.
- علام علام، وصالح الدين محمود (2003). **التقييم التربوي المؤسسي: أسسه ومنهجيته وتطبيقاته في تفويم المدارس**، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى.
- قاسم قاسم، أنسي محمد أحمد (2003). **الفروق الفردية والتقييم**، دار الفكر للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
- قطامش قطامش، رشدي، الصفدي، عصام، والشاعر، عبد المجيد (2000). **الرعاية الصحية الأولية**، دار اليازوري العلمية، الطبعة الأولى.
- قوته قوته، سمير وتمراز، نداء (2000). **اتجاهات المجتمع الفلسطيني بقطاع غزة نحو الصحة النفسية وبرنامج غزة للصحة النفسية**، دراسة غير منشورة مركز الأبحاث، برنامج غزة للصحة النفسية فلسطين، (ص 1-15).
- محمد محمد، جاسم محمد (2004). **مشكلات الصحة النفسية "أمراضها- وعلاجها"**، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- مرسي مرسي، كمال إبراهيم (1988). **المدخل إلي علم الصحة النفسية**، دار القلم، الكويت.

ملحم، سامي محمد (2001). الإرشاد والعلاج النفسي (الأسس النظرية والتطبيقية)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.

منظمة الصحة العالمية (1989). دعم النظام الصحي للرعاية الأولية، دراسة مبنية على المناقشات التقنية التي دارت أثناء انعقاد جمعية الصحة العالمية الرابعة والثلاثين عام 1981 كليثوفسكي، بحوث الصحة العام.

References

المراجع

Foreign References

المراجع الأجنبية

- Afana Afana, abed el-hamid.(2003).The Assessment of Mental Disorders in Primary Health care clinics in Gaza Strip, **Primary Health Care Research and Development**, V.(4), p.p.267-274.
- Afana Afana, abed el hamid,Dalgard Odd Steffen, Bjertness Espen & Grunfeld Berthold. (2002).The Ability of General Practitioners to Detect Mental Disorders among Primary Care Patients in a Stressful Environment: Gaza strip, **Journal of Public Health Medicine**, Vol. (24), no(4), p.p 326-331.
- Alexander Alexander Young S., Ruth Klap, Sherbourne Cathy D. &Wells Kenneth B. (2001). the Quality of Care for Depressive and Anxiety Disorders in the United States, **Arch Gen Psychiatry**, (58), p.p 55-61.
- Al-eisa Al Eisa, Ibrahim, AL-Mutar Manal S., Radwan Maged M., & AL- Terkit Adel M. (2005). Patient Satisfaction with Primary Health Care Services at capital region, Kuwait. **Middle East Journal Of Family Medicine**, vol. (3), issue (3).
- Al-haddad AL-Haddad,N., AL-Garfa., AL-Jowders, AL-ZurbaF. (1999). Psychiatric Morbidity in Primary Care. **Eastern Mediterranean mental health journal**, January.
- Al-issa Al -Issa, Ihsan (1995). **Handbook of Culture and Mental Illness: An International Perspective**, International Universities Press, Inc.
- Andrew Andrew, G, carter, GL, (2001). What people say about their General Practitioners Treatment of Anxiety and Depression, **Medical Journal Australia**. (16), 175.
- Aragon Aragon, Stephen j., Gesell, Sabina B. (2003). A Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments; A Multi-group Structural

Equation Modeling Investigation , **American Journal of Medical Quality** ,v. (18), No (6), pp229-239.

- Aronson Aronson, Wilson & Akert (2005). **Social Psychology**, Pearson Prentice Hall Publishing, Fifth Ed.
- Ballenger Ballenger James C. (1997). Panic disorders in the Medical setting, *J Clin Psychiatry*, **(58)**, (12), 13-17.
- Becker Becker, Susan (2002).Screening For Somatization And Depression In Saudi Arabia: A Validation Study OF The PHQ In Primary Care, **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, (32), (3).
- Bide Bedi, Navjot, Lee Alan & Harrison Glynn (2000). Assessing Effectiveness of Treatment of Depression in Primary Care. **The British Journal Of Psychiatry**, 177:312-318.
- Bolton Bolton, Robert. (1999). **People Skills**, Simon and Schuster, Australia.
- Brodsky Brodsky, Betty. (1988). Mental Health attitudes and practices of Soviet immigrants, **Health and social work spring**, (30), (136).
- Burnard Burnard, Philip. (1999). **Counseling Skills for Health Professionals**, Stanley Thornes (publishers) ltd., Second Edition.
- Bush Bush John Winston (2003). Cognitive behavior therapy: The basics, mailto: jwb@alumni.stanford.org, www.cbt.com, www.cognitivebehavioral.com.
- Buttle Buttle, F. (1995). SERVQUAL: Review Critique, Research Agenda. European. **Journal of Marketing**, (30), (1), p.p 8-32.
- Cleary Cleary, P.D.,Edgeman-Levitan,S. & McMullen, W. (1992). The Relationship Between Reported Problems and Patient Summary Evaluation of Care, **QRB**, (2), 53-59.

- Corney Corney, Roslyn & Jenkins, Rachel (1993). **Counseling in General Practice**, Tavistock Rutledge, British library, ed (1).
- Corney Corney, R. (1986). Marriage guidance counseling in general practice, **Journal of the Royal Collage of General Practitioners** 36: 424-6.
- Crow Crow, R., Storey, L. & Page, H.(2003). the Measurement of patient Satisfaction: Implication for Health services delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature **.Health Technology Assessment, (6), 32.**
- Dalton Dalton, K. & Holton ,W.M.(2001). Depression after child birth: How to recognize treat and prevent postnatal depression, New York. NY: **Oxford University Press.**
- Dryden Dryden, windy (1994). possible future trends in counseling and counseling training: a personal view ,Journal of the British Association for Counseling, vol.5, no.3, p.p. 194-7.
- Doherty Doherty, Denis (2003). Measurement of Patient Satisfaction Guidelines; Health Strategy Implementation Project 2003, www.hebe.ie.
- Donovan Donovan, Nick, Joanna Brown &, Lisa Bellulo (2001). Satisfaction with public services, discussion paper, Nicholas.Donovan@cabinet-office.x.gsi.gov.uk.
- Dowell Dowell, Tony(2004). Mental Health in General Practice and Primary Care, **NZFP Journal**, vol. (31), N.(6).
- Eatock Eatock, John (2000). Mental health: past, present, future, **British journal of Guidance and Counseling**, publisher Routledge, part of the Taylor & Francis group, V.(28), N.(2), p.p.161-173.
- Egan Egan, Gerard (1998). **The Skilled Helper**,. Brooks/Cole Publishing Company, sixth edition.

- Feltham Feltham, Colin (1997). **Time-limited Counseling**, SAGE publications.
- Felker Felker, Bradford, Barnes Robert F., Greenberg Diane M., Chaney Edmund F., Shores Molly M., Gateley Linda Gillespie, Buike M. Katherine & Morton Christine E.(2004). Preliminary Outcomes from an Integrated Mental health Primary Care Team, **Psychiatric Services**, (55), P.p. 442-444.
- Fleck Fleck Marcelo Pio De. Almeida, Herrman Helen, Bushnell Donald, Martin Mona & Patrick Donald (2005). Major Depression and its Correlated in Primary Care Settings in Six Countries, **The British Journal Of Psychiatry**, (186), P.p. 41-47.
- Frankel Frankel ,K.A. & Harmon, R.J. (1996). Depressed mothers: They don't always look as bad as they feel **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, (35), (3), P.p. 289-298.
- Frank Frank E., Kupfer D., Perel J.M, Cornes C., Jarrett D.B., Mallinge V.J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. **Archives of General Psychiatry**, (47), P.p 1093-1099.
- Froom Froom Jack ,Aoyamma Hideyasu, Hermoni Doron, Mino Yoshio and Galambos Nora (1995). Depression disorders in three primary care populations: United States, Israel and Japan .**Family Practice**, (12), (3), 274-277.
- Gater Gater R., De Almeida Sousa B., Barrientos G., Caraveo J, Chandrashekar C. R. ,Dhadphale M. , Goldberg D., Kathiri A.H. , Mibbasher M., Silhan K., Thong D., Torres -Gonzales F. and Satorius N. (1991). the Pathways to Psychiatric care: Across Cultural Study, **Psychological Medicine**, (21), P.p 761-774.
- Gallo Gallo Joseph j., Zubritsky Cynthia, Maxwell James, Nazar Michael, Bogner Hillary R., Quijano Louise M., Syropoulos Heidi J., Cheal Karen L., Chen Hongtu, Sanchez Herman, Dodson John& Levkoff (2004). Primary Care Clinicians Evaluate Integrated And Referral

Models of Behavioral Health Care for Older Adult: result from a multisided effectiveness trial, **Annals of Family Medicine**, (2), P.p305-309.

- Gilbert Gilbert, Paul (2000).**Counseling for Depression**, SAGE Publications, Second Edition.
- Goldberg Goldberg, David (1999). **Common Mental Disorders in Primary care**, Routledge, London, P.p.3-5.
- Goldberg Goldberg, David and Gater, Richard (1996). Implication of the World Health Organization study of Mental Illness in General Health Care for Training Primary Care Staff .**British Journal of General Practice**, (46), P.p483-485.
- Gordon Gordon Kenneth & Graham Carolyn(1996). the Impact of Primary Care Counseling on Psychiatric Symptoms, **Journal Of Mental Health** vol.(5), N.(5).
- Hall Hall J.A and Milburn, M.A., (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Testes for two Explanatory Models .**Health Psychology**, (17), (1), P.p70-75.
- Harpham Trudy, Sharon Huttly, Mary J De Silvaand Tanya Abramsky (2005). Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries .**Journal of Epidemiology and Community Health**, 59:1060-1064
- Hamilton Hamilton Jane, Campos Ricardo and Creed Frances (1996). Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics **Journal of the Royal College of Physicians of London**, 30 January / February: 18-20.
- Hansson Hansson L., Person K., and Borgquist L. (1997). Patients with mental illness in primary health care. Along-term follow-up of health care utilization and contact patterns with psychiatric care. **Scand J Prim Health Care**, (15), P.p 129-133.
- Haug Haug T. T. ,Hellstrom K. , Blomhoff S. ,Humble M., Madsbu H.P. & Wold J.E.(2000). The Treatment Of

Social Phobia in General Practice. Is exposure therapy feasible? **Family Practice**, (17), P.p 114-118.

- Highet Highet, Nicole J, Hickie ,Lane B, Davenport, Ttracey A, (2002). Monitoring Awareness of and Attitudes to Depression in Australia, **MJA (The Medical Journal IN Australia)**, (176), (10), P.p. 63-68.
- Howey Howey Lynne & Ormrod John (2002). Personality Disorder, Primary Care Counseling and Therapeutic Effectiveness, **Journal Of Mental Health**, (11), (2), p.p 131-139.
- Huxley Huxley P(1993). location and stigma: a Survey of community attitudes to mental illness-part1: Enlightenment and stigma, **Journal of Mental Health**, (2), 73-80.
- Hudson-allez Hudson-Allez, Glyn.(2000).What makes counselors working in primary care, **British Journal of Guidance and Counseling**, Rout ledge part of the Taylor and Francis group Publisher, vo.28, n.2, p.p.203-213.
- Johnson Johnson Megan Dwight, Sherbourne Cathy, Liao Diana & Wells Kenneth B.(2000).Treatment Preference Among Depressed Primary Care Patients, **Journal of General Medicine**, (15), P. 527.
- Judge Judge Ken & Soloman Michael (1993). Public opining & the National Health Services: Patterns and perspective in Consumer Satisfaction, **Journal of social policy**(22), (3), p.p 299-327.
- Kates Kates, nick (2002). Shared Mental Health Care, the college of family physician of Canada, May 2002, www.cfpc.ca
- Kates Kates N, Crustolo A, Farrar S, Nikolaou L. (2001). Integrating Mental Health Services in Primary care: lessons learned, **Fam. Syst. Health**, (19), (1), P.p 5-12.
- Katon Katon W., Robinson P., VonKroff M., Lin E., Bush T., Ludman E., Simon G. & Walker E. (1996). Multifaceted

Intervention to Improve Treatment of Depression in Primary Care, **Archives OF General Psychiatry**, vol. (53), N.(10).

- Katon Katon W., Von korff M, Walker E., Simon G.E., Bush T., Robinson P. & Russo J.(1995).Collaborative Management to Achieve Treatment Guideline. Impact on Depression in Primary Care, **JAMA (the Journal of American Medical Association)**, (13), (273).
- Keegan Keegan O., McDaby V., Tansey A., and McGee H. (2003).**Community Involvement in A/E satisfactory survey.**
- Kehoe Kehoe N. (1999). A Therapy Group on Spiritual Issues for Patient with Chronic Mental Illness, **Psychiatric Services**, (50), P.p 1081-1083.
- King King M., Sibbald B., Ward E., Bower P., Lloyd M., Gabby M. & Byford S. (2000). Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive behavioral therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care, **Health Technology Assessment**, (4), (19).
- Lambert Lambert David, Donna C. Bird, David Hartley, Peter G. Beeson, Andrew F. Coburn, (1995). Integrating Primary Care and Mental Health Services in Rural America: a Policy Review and Conceptual Framework, Muskie school of public services, Maine rural health research center, and working paper # 3. copyright (2002) www.muskie.usm.maine.edu.
- Lutz Lutz B. ,Bowers, B.(2000). patient Centered care: understanding Its interpretation and implementation in health care, **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, (14), (2), P.165.
- Magple MAGPLE research group(2003).the nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary health care: a report on mental health and general practice investigation, **NZ med J**,N (116), P.p 1171-

1178.

- Magpie The MAGPIE research group (2006). the Treatment of Common Mental Health Problems in General Practice. **Family practice Journal**, V.(23), N.(1), P.p53-59.
- Martin Martin, E. (1988). Counseling in General practice; Evidence of benefit needed before widespread adoption, **British Medical Journal**, N.(297), P. 637.
- Matalon Matalon Andre, Nahmani T., Rabin S., Maoz B. &Hart J., (2002). A Short Term Intervention in a Multidisciplinary Referral Clinic for Primary Care Frequent Attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources, **Family Practice**, Vol. (19), No.(3), pp 251-256.
- Mcgee McGee, H. (1998). Patient Satisfaction Surveys: Are they useful as indicators of quality of care? **Journal of Health_Gain**, June, 5-7.
- Mcleod McLeod, J. (1992). Counseling in Primary Health Care, the GP's perspective in M. Sheldon (ed), **Royal Collage of General Practitioners Clinical Series on counseling in general practice**, London :RCGP Enterprises.
- Mc leod Mc Leod, J (1988) the Work of counselor in General Practice; **Royal College of General practitioners**, occasional paper 37, London.
- Mickus Mickus Maureen, Colenda Christopher C. & Hogan Andrew J. (2000). Knowledge of mental health benefits and preferences for type of mental health providers among the general public, **Psychiatric Services Journal**, V.(51), P.p. 199-202.
- Moghaddam Moghaddam, Fathali M.(1998). **Social Psychology: xploring Universals across Cultures**, W.H. Freeman & Company.NewYork.pp100-136.
- Moh Ministry of Health (MOH),Health status in Palestine, **The Annual Report 2005**, Gaza, Palestine, Aug.2005.

- Mohatt Mohatt, D.F. & kirwan (1995). **Primary Care and Mental Health Services Integration: the Bay area services extension (BASE) project**. In D.F. Mohatt & Kirwan, (Eds.), Meeting the challenge: Model programs in rural mental health .Washington, DC: Office of Rural Health Policy, U.S. Department of health and human services.
- Morl MORL(2001). Cited in Attitudes to key public services research review, **cabinet office**. August 2001.
- Newsome Newsome, P.R.H., Wright, G.H. (1999) .A review of Patient Satisfaction; Concepts Satisfaction, **British Dental Journal**, V.(186), N.(4).
- Owens Owens, D.& Batchelor, C. (1996). Patient Satisfaction and Elderly, **Soc. Sci.Med.**, **42 (11):1483-1491**.
- Olfson Olfson M., Shea S., Feder A., Fuentes M., Nomura Y., Gameraoff M. & Weissman M.M. (2000). Prevalence of Anxiety, Depression and Substance use Disorders in an urban General Medicine Practice, **Arch Fam. Med.**, 9, P.p.876-883.
- Omigbodun Omigbodun OO. (2001). a Cost Effectiveness Model for Increasing Access to Mental Health Care at the Primary Care level in Nigeria, **Journal Mental Health Policy eco**. (3) :133-139.
- Palmer Palmer Stephen, Dainow Shelia & Milner Pat(1996). **Counseling (The BAC Counseling Reader)**, SAGE publication in association with the British Association For Counseling.
- Palmer Palmer Stephen, Szymanska kasia (1995). an introduction to Cognitive Therapy and Counseling, **Journal of the British Association for Counseling**, Vo.6,N.4,Pp.302-6.
- Patel Patel V, Simunyu E, and Gwansura F. (1997).the Pathways to Primary Mental care in high-density suburb in Harare, Zimbabwe .**Soc. Psychiatry epidemiol**, 32:97-103.

- Peveler Peveler R., Lesley Kilkenny, and Anne- Louise Kinmonth (1997). Medically Unexplained Physical symptoms in Primary Care: a Comparison of Self-Report Screening Questionnaires and Clinical Opinion, **Journal of Psychosomatic Research**, V.(42), N.(3), P.p 245-252.
- Pope Pope C, Mays N. (1993). Opening the Black Box: an Encounter in **the** Corridors of Health Services Research **.British Medical Journal, V.(306), P.p315-8.**
- Ridsdale Risdale L., Godfrey E., Chalder T., Seed p., King M., Wallace P. & Wessely S. (2001). Chronic Fatigue in General Practice: is Counseling as Good as Cognitive Behavioral Therapy?, **British Journal of General Practice**, Vol.(51), Number(462), P.p. 19 -24.
- Rodenburg Rodenburg, Helen, Bos Valerie, O'Malley Cathy, Mc-George Peter, Love Tom & Dowell Anthony(2004). General Practice Care Of Enduring Mental Health Problems: An Evaluation of the Wellington Mental Health Liaison Service, **Journal of the New Zealand Medical Association**, v.(117), P. 1202 .
- Rohland Rohland Barbara M., Langbehn Douglas R., &Rohrer James E. (2000). Relationship Between Services Effectiveness and Satisfaction Among Persons Receiving Medicaid Mental Health Services, **Psychiatric Services Journal**, 51:248-250.
- Rosen Rosen, Rebecca, Jenkins, Clare (2003). Mental Health Services in Primary Care, published by **king's Fund**, London, first publication, www.kingsfund.org.uk.
- Rowland Rowland, N. (1992). Counseling and Counseling skills, in M. Sheldon (Ed), **Royal College of general Practitioners Clinical Series on counseling in general practice**, London: RCGP.
- Schulberg Schulberg H.C., Block M.R., Madonia M.J., Scott, Rodriguez E., Imber S.D., Perel J., Lave J., Houck P.R. &Coulehan J.L. (1996). Treating Major Depression In Primary Care Practice Eight Month Clinical Out Comes,

Archives Of General Psychiatry, 53, 10.

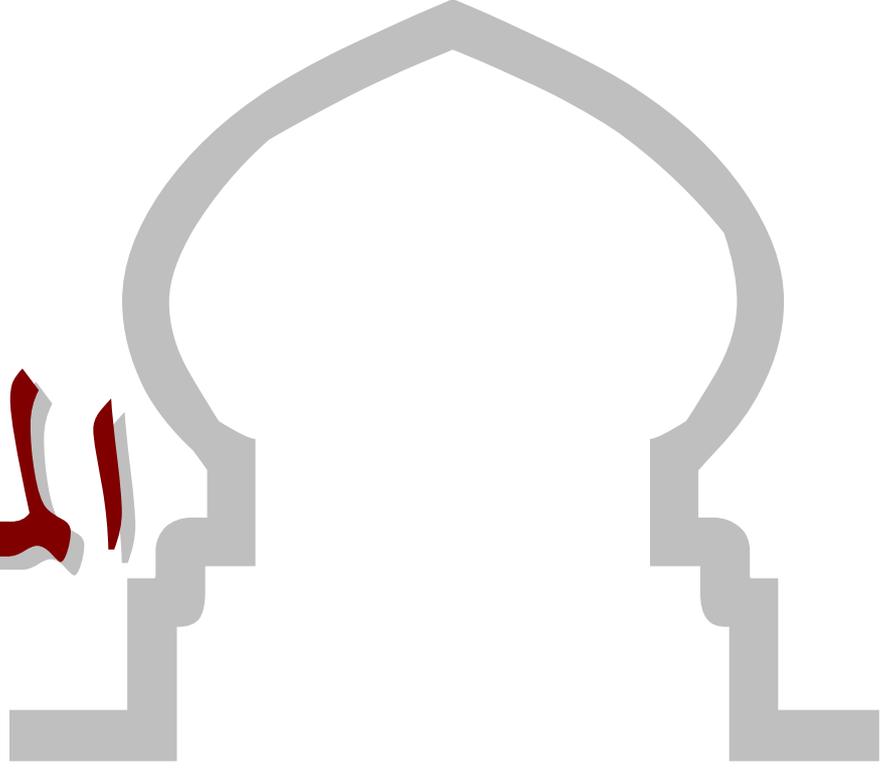
- Sims Sims A.N. (1993). The scar that is more than skin deep: the stigma of depression, **British Journal of General Practice**, (43), p.p 30-33.
- Summi Summit (1998). Conference of American collage of mental health administration ,**Report of Mental Health Integration**.
- Stuart Stuart S, O'Hara MW(1995). Interpersonal Psychotherapy for postpartum depression: a treatment program. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, V.(4),P.p.18-29.
- Stein Stein Murray B., Sherbourne Cathy D., Craske Michelle G., Christensen Adrienne Means, Bystritsky Alexander, Katon Wayne, Sullivan Greer & Byrne Peter P. Roy (2004). Quality of Care for Primary Care Patients With Anxiety Disorders, **The American Journal of Psychiatry**, V.(161), P.p. 30-37.
- Subhash Subhash C. Bhatia & Shashi K. Bhatia (1999). **Depression in Women: Diagnostic and Treatment consideration**, American Family Physician .Published by the American Academy of Family Physicians.
- Swaran Swaran P. singh, Helen Baxter, Penny Standen & Conor Duggan (1998).Changing the attitudes of tomorrow doctors toward mental illness and psychiatry: comparison of two teaching methods, **Medical Education**, **32**:115-120.
- Triandis Triandis, Harry C., (1971). **Attitude and Attitude Change**. New-York: Johan Wiley & Sons, Inc.
- Teifion Teifion, Davies (2004). **ABC of mental health**, Book aid International (BMJ Book), British library, p.p5-8.
- Thomas Thomas peter (1993). an Exploration of Patients Perceptions of Counseling with Particular Reference to Counseling within General Practice, **Journal of The British Association for Counseling**, V. (4), N.(1), p.p.

24 30.

- Voorhees Van B.W., Cooper L.A., Rost K. M., Nutting P., Rubenstein L.V. , Meredith L. ,Wang N.Y. & ford D. E.(2003).Primary Care Patients With Depression are less Accepting of Treatment than those seen by Mental Health Specialists, **Journal General Internet Medicine**, V.(18), N.(12), P.p 991-1000.
- Wallis, Laurence M. Mynors, Dennis Gath H., Day Ann & Baker Frances (2000). Randomized Controlled Trial of Problem Solving Treatment, Antidepressant Medication and Combined Treatment for Major Depression in Primary Care, **BMJ** ,V.(320) P.p 26-30
- Wells Kenneth B., Schoenbaum Michael, Unutzer Jurgen, Lagomasino Isabel T. &Rubenstein Lisa V. (1999). Quality of Care for Primary Care Patients With Depression in Managed Care, **Archives Of Family Medicine**, (8), (6).
- Weiller E, Bisserbe J, Maier W., and Lecrubier Y(1998). Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary health settings: a report from the WHO study on psychological problems in General Health Care, **British Journal of Psychiatry**, **173** (suppl.34), 18-23.
- Who World health organization (2005).European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12-15 of Jan., **mentalhealth2005@euro.who.int**.
- Whd World Health Day (2001). Document–EMRO(7 April).From World health organization.
- Who World health organization (2001).Mental Health: New Understanding, New Hope World Health Report WHO publication Geneva.
- Work book 4 World health Organization (2000). Work book 4, **Process Evaluations**, Nations International Drug control programmed, European Monitoring Center on Drugs & Drug addiction (EMCDDA).

- Work book 6 World health organization (2000). workbook 6, **Client Satisfaction Evaluation.**
- Work book 7 World health Organization (2000). Work book 7, **out Come Evaluations**, Nations International Drug control programmed, European Monitoring Center on Drugs & Drug addiction (EMCDDA).
- Who World health Organization (1990). the Scope of Mental Health into Primary Health Care, Geneva.
- Williams Williams, S. J. & Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care setting, **Soc. Sci. Med.**, V.(33), N. (6), P.p.707-716.
- Williams Williams, B. (1994).Patient satisfaction: a valid concept?, **Soc. Sci.Med. ,38(4):509-516.**
- Worthen Worthen, Blaine R., Sanders James R. & Fitzpatrick Jody L. (1997). **Program Evaluation; Alternative Approach and Practical Guideline**, Second Edition , An imprint of Addison Wesley Longman, Inc.
- Younes Younes Y, Bayle MC. Hardy, Falissard B., Kovess V. & Chaillet M.P. (2005). Differing Mental Health Practice Among General Practice, private psychiatrists and public psychiatrists, **BMC journal**, V.(5),p. 104.

الملاحق



ملحق 1

برنامج دمج الخدمات النفسية داخل جمعية أرض الإنسان

مقدمة

تعتبر جمعية أرض الإنسان الفلسطينية الخيرية هي الجمعية الوحيدة في قطاع غزة المتخصصة في مجال التغذية والصحة المجتمعية والتي بدأت منذ تأسيسها في عام 1984 للعمل على تحسين المستوى الصحي والغذائي للطفل والعائلة الفلسطينية.

وتقوم جمعية أرض الإنسان بخدمة أشد الأطفال احتياجاً وخاصة الأطفال الذين يتعرضون لسوء التغذية أو أحد مضاعفاتها أو الأمراض المصاحبة لها، بالإضافة إلى علاج الأطفال الذين يتعرضون لإصابات الجهاز التنفسي، وذلك من خلال منظورين وقائي وعلاجي، وتعتبر جمعية أرض الإنسان هؤلاء الأطفال كأفراد من عائلة ضمن إطار المجتمع يجب تطويرها من الناحية الصحية والغذائية والبيئية والاجتماعية والاقتصادية مقارنة بالبيئات المتشابهة والمتطورة.

ولجمعية أرض الإنسان دور هام ومتميز في تقديم خدمات التأهيل الصحي والغذائي للطفل والعائلة في قطاع غزة، بالإضافة إلى تبادل الخبرات وتقديم التدريب للعاملين في وزارة الصحة الفلسطينية ومقدمي الخدمات المشابهة في مواضيع تتعلق بالتغذية على مستوى الفرد والعائلة والأمن الغذائي وترشيد الاستهلاك والبناء المؤسسي، بالإضافة إلى إجراء الأبحاث والدراسات المتعلقة بالوضع الصحي والغذائي للأطفال دون الخامسة والأمن الغذائي وتأثره بالإغلاق، بالإضافة إلى تقييم عادات وممارسات الأسرة الفلسطينية بما يتعلق في موضوع الرضاعة الطبيعية ومعالجة الإسهال والجفاف، الأمن الغذائي، وتنفيذ برنامج الطوارئ طوال مدة الاحتلال وفي الانتفاضة الأولى وحالياً في انتفاضة الأقصى (جمعية أرض الإنسان، 2005).

وتقدم الجمعية خدماتها من خلال مركزين رئيسيين في مدينة غزة ومدينة خان يونس.

مبررات تنفيذ المشروع:

1- زيادة الاضطرابات النفسية خصوصاً في هذا الوقت الذي يعيش فيه الشعب الفلسطيني وضعا صعبا نتيجة للممارسات الإسرائيلية من اعتداءات مباشرة أو هدم للبيوت أو قصف

واجتياح أثناء الليل وزيادة في نقاط التفتيش، مما يؤدي إلى عدم استقرار في الحياة وعدم الشعور بالأمن والشعور بالخوف.

2- زيادة المشاكل الاجتماعية والاقتصادية، خصوصاً انتشار الفقر والبطالة أدى إلى زيادة الضغوطات والاضطرابات التي أثرت على كل أفراد المجتمع وخصوصاً النساء والأطفال.

3- التقرير الصادر عن برنامج الدعم النفسي في الجمعية يفيد أن 50% من الحالات المسجلة لديه لديها أعراض اكتئابية، بينما 23% تعاني من أعراض القلق والخوف، و15% تعاني من العنف المنزلي، و8% مشاكل في العلاقات، وحسب التقييم النفسي للحالات المترددة للجمعية فهناك حوالي 50% من السيدات بحاجة لتدخل نفسي.

4- الدراسات المحلية أظهرت زيادة في الاضطرابات النفسية عند الأمهات والأطفال، وذلك للأسباب التالية:

- نتيجة قلة الوعي في الموضوعات والمفاهيم النفسية.
- اعتقاد بعض الناس أن من يذهب إلى عيادة نفسية أنه "مجنون"، وذلك نتيجة للمفاهيم الخاطئة والعادات الموروثة عند بعض أفراد المجتمع.
- 5- زيادة العنف الأسرى خصوصاً بين الأب والأم وذلك يؤثر تأثيراً سلبياً على الأطفال داخل الأسرة.
- 6- السيدات تحتاج لإذن زوجها أو أحد أقاربها؛ لكي تذهب للحصول على الرعاية النفسية (المهدي، 2004: 20)، ولذلك وجود الخدمات النفسية في مكان يقدم الرعاية الطبية لطفلها من الممكن أن يوفر لها الغطاء للحصول على الخدمات النفسية.

الهدف العام من البرنامج:

تحسين الحالة النفسية للأطفال والأمهات والعائلات الفلسطينية المترددين على جمعية أرض الإنسان الخيرية بقطاع غزة.

الأهداف الخاصة:

- العمل على زيادة وعي المجتمع في النواحي النفسية كنوع وقائي.
- تقديم الخدمات الإرشادية العلاجية للفئات المستهدفة.
- تطوير بنية الموظفين.
- تحسين التعاون بين مقدمي الخدمات النفسية والطبية.

الفئة المستهدفة:

- حالات جمعية أرض الإنسان من أطفال وأمهات وعائلات.
- عائلات الأيتام التي يتم تمويلها بواسطة عرفان كندا.

المنطقة المستهدفة:

الأنشطة سيتم تطبيقها ضمن مراكز جمعية أرض الإنسان في خان يونس وغزة والزيارات المنزلية والعمل المجتمعي ستكون في نفس المناطق.

مدة التنفيذ: 4 سنوات.

بدء تنفيذ: من شهر مايو 2004 حتى نهاية شهر مايو 2008.

الأنشطة المخطط لتنفيذها في البرنامج وكيفية تنفيذها (طريقة تحويل الحالات للمرشد، الأساليب، مدة الجلسات).

دور المرشد في داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية (جمعية أرض الإنسان):

يؤدي المرشد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية العديد من الأدوار والمهام:

1. يقدم الدعم النفسي لكل أفراد الفريق الطبي:

- حيث أظهر الأطباء الذين يعملون بالتعاون مع المرشد داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية قدرة كبيرة على تقدير عملهم ومناقشة مشاعرهم اتجاه المرضى وعلاقتهم معها، فيطراً تحسن على قدرتهم على فهم المشاعر المتولدة لديهم في العمل، وأصبحت لديهم القدرة على العمل على تقديم الأفضل للمرضى من خلال مناقشة الحالات مع الفريق الطبي، وفهم ظروف المريض وكل ما يحيط بحالته ووضعها سواء من ناحية نفسية أو جسدية (McLeod, 1992).

- يقوم المرشد بدور المعلم لبغية الفريق الطبي بطريقة غير مباشرة من خلال بعض مهارات الإرشاد التي يستخدمها في تعامله مع المرضى، فيصبح الآخرون والمحيطون به من الفرق الطبية بطريقة لإرادية أو إرادية يتبنون سلوكه من حيث استقبال المريض والتعامل معه وغير ذلك، ومن الممكن أن ينظم عدداً من ورشات العمل للفريق الطبي كجلسة أو جلستين للحديث عن مهارات الإرشاد (Rowland, 1992).

- يقوم المرشد بدور إرشادي لأعضاء الفريق الذين بحاجة لذلك، ويساعدهم في حل مشاكلهم الداخلية.

2. تقديم الإرشاد للمرضى: وهنا ينحصر دور المرشد في:

- التعرف على المرضى الذين يعانون من مشاكل عاطفية أو انفعالية مبكراً.
- منع تطور المشكلات النفسية التي يعاني منها المريض ووصولها إلى الحد المرضي (Martin, 1988).

- التعامل مع كافة المشاكل النفسية باستخدام أساليب الإرشاد المختلفة معهما كانت مشكلة أو عمر المريض أو مكان تواجده (Corney, 1986).

3. تحويل المرضى: وهنا يقوم المرشد بتحويل الحالات التي بحاجة إلى علاج نفسي أو إرشاد نفسي مكثف طويل الأمد إلى مركز متخصص خارج العيادة الطبية، وذلك لأن مثل هذه الحالات تكون قد وصلت إلى درجة الاضطراب النفسي (Rowland, 1992).

مدة وعدد الجلسات في مراكز الرعاية:

الإرشاد يركز بدرجة كبيرة على المشكلة، ولذلك يعتبر الأنسب للتطبيق داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، ويقضي المرشد ما يقارب الخمسين دقيقة في الجلسة الواحدة ويقوم المرشد باستخدام الأساليب الإرشادية المختلفة من خلالها.

وعدد الجلسات المسموح فيها داخل مراكز الرعاية الأولية مختلف عليها وسبب هذا الاختلاف وجود أساليب مختلفة للتطبيق داخل الجلسات الإرشادية الفردية، ووجود فروق في طبيعة المشكلات التي من الممكن التعامل معها، ووجود اختلاف في المرشد والمسترشد. وبعد إجراء الكثير من الدراسات والبحوث في هذا السياق تم التعارف على أن عدد الجلسات في مراكز الرعاية الأولية تكون من 6 إلى 10 جلسات ولحد أقصى 15 جلسة، ولكن يجب أن لا تتعدى ذلك، لأنها ستصبح علاجاً طويل الأمد. والمريض الذي يكون بحاجة إلى جلسات أخرى يجب أن يتم تحويله إلى مراكز متخصصة في تقديم الخدمات النفسية خارج مركز الرعاية (Corney Jenkins, 1993: 28).

العاملين بالبرنامج:

الطبيب النفسي: يتخرج في كلية الطب ويدرس علم النفس وعلاج الأمراض النفسية، ويتخصص في الأمراض النفسية والعصبية، ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعلاج الجسمي والعلاج بالأدوية (جبل، 2000: 35).

المرشد النفسي العلاجي: وهو الشخصية العلمية الأولى المتخصصة المسؤولة بدرجة كبيرة عن التوجيه والإرشاد، وهو يعمل في العيادات النفسية والمصحات والمستشفيات (شقيير، 2002: 192).

ملحق 2

مقياس حدة الأعراض النفسية

ما مقدار معاناتك من الأعراض التالية:

الأعراض الجسمانية						
دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	مطلقا	العرض	
					الصداع	1
					الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة	2
					الإحساس بآلام في القلب أو الصدر	3
					الإحساس بآلام أسفل الظهر	4
					الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة	5
					الصعوبة في النقاط أنفاسك	6
					الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك	7
					تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك	8
					الشعور بآلام في العضلات	9
					الإحساس بأن شيئا يقف أو يسد زورك	10
					الشعور بضعف في أجزاء من جسمك	11
					الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك	12
					الصعوبة في تذكر الأشياء	13
					وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك	14
					الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال	15
					الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها	16
					عدم القدرة على إتمام أعمالك	17
					الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد)	18
					صعوبة اتخاذ القرارات	19

دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	مطلقا	العرض	
					صعوبة في التركيز	20
					الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل	21
					الإحساس بأن ذهنك خالٍ من الأفكار	22
					الشعور بالحساسية تجاه الآخرين	23
					الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر	24
					الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة	25
					الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطون معك	26
					الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك	27
					الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)	28
					الشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبوك	29
					الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين	30
					الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام	31
					فقدان الاهتمام بالجنس أو اللذة الجنسية	32
					الإحساس باليأس من المستقبل	33
					الشعور بعدم الاهتمام بما حولك	34
					الضيق على الأشياء بصورة مبالغ فيها	35
					الإحساس بالوحدة	36
					لوم نفسك على الأحداث التي تمر عليك أو بك	37
					الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة	38
					البكاء بسهولة	39

دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	العرض	
					التفكير في انتهاء حياتك	40
					الشعور بالخمول أو قلة النشاط	41
					الإحساس بالانقباض	42
					الشعور بأن كل شيء عناء بعناء (تعب- بتعب)	43
					الشعور بأنك عديم الأهمية	44
					سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي	45
					رعشة بالجسم	46
					رعب مفاجئ بدون سبب	47
					الشعور بالخوف	48
					الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها	49
					الشعور بالتوتر أو أنك مجهود داخليا	50
					نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول	51
					الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تتمكنك من الجلوس هادئاً في مكان	52
					الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية	53
					الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة	54
					الشعور بسرعة المضايقة و الاستشارة	55
					ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها	56
					الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخصاً معيناً	57
					الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء	58
					الدخول في كثير من الجدل والمناقشات	59
					نوبات من الصراخ وقذف الأشياء	60
					الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع	61

دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	مطلقا	العرض	
					الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك	62
					الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو السيارات	63
					الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما	64
					الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك	65
					الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة	66
					الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف	67
					إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك	68
					الشعور بعدم الثقة في معظم الناس	69
					الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون معك	70
					وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون	71
					الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك	72
					الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك	73
					الاعتقاد بأن شخصا ما يستطيع السيطرة على أفكارك	74
					سماع أصوات لا يسمعها الآخرون	75
					الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة	76
					الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك	77
					الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين	78

دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	العرض	
					أفكار عن الجنس تسبب لك اضطراب شديد	79
					أفكار تسيطر عليك بأنك لابد وأن تعاقب على ذنوبك	80
					الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك	81
					عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر	82
					الاعتقاد بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ على أفكارك	83
					ضعف الشهية للطعام	84
					الإفراط في تناول الطعام	85
					صعوبة الاستغراق في النوم	86
					الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح	87
					نوم مضطرب أو غير مريح	88
					التفكير بالموت	89
					الشعور بالذنب	90

ملحق 3

صدق وثبات مقياس حدة الأعراض النفسية

قامت الباحثة حكمت النحال بإجراء صدق وثبات مقياس حدة الأعراض النفسية

أولاً: ثبات الاختبار Reliability:

بعد تطبيق الاختبار وإدخال البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS تم حساب الثبات للاختبار بطريقتين وهما كالتالي:

1- الثبات بطريقة ألفا-كرونباخ Alpha:

بعد تطبيق الاختبار على العينة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاختبار تساوي 0.97، وهذا دليل كافٍ على أن اختبار SCL-90 يتمتع بمعامل ثبات عالٍ ومرتفع.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods:

بعد تطبيق الاختبار على العينة تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود الاختبار الكلي إلى نصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للاختبار، فقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون للاختبار بهذه الطريقة (0.92)، وباستخدام معادلة سبيرمان-براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.95).

$$\text{معادلة سبيرمان براون المعدلة} = r / 2X = 1 + 0.92 / 2 = 1 + 0.92 = 0.95$$

وهذا دليل كافٍ على أن الاختبار يتمتع بدرجة ثبات عالية.

ثانياً: صدق الاختبار:

للتحقق من صدق الاختبار تم حساب الصدق بالطريقة التالية:

صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

يعتبر صدق الاتساق الداخلي هو عبارة عن معامل ارتباط بيرسون بين درجة البعد مع الدرجة الكلية للاختبار وعليه فقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد اختبار SCL-90 والدرجة الكلية للاختبار، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاختبار، ولهدف التحقق من مدى صدق الاختبار، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (6):

جدول 6

معاملات الارتباط بين أبعاد اختبار SCI-90 والدرجة الكلية للاختبار

الرقم	الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	الأعراض الجسمانية	0.89	دال إحصائياً
2	الوسواس القهري	0.89	دال إحصائياً
3	الحساسية التفاعلية	0.92	دال إحصائياً
4	الاكتئاب	0.94	دال إحصائياً
5	القلق	0.92	دال إحصائياً
6	العداوة	0.75	دال إحصائياً
7	قلق الخواف	0.86	دال إحصائياً
8	البارانويا التخيلية	0.82	دال إحصائياً
9	الذهانية	0.87	دال إحصائياً

تبين من جدول (6) أن أبعاد اختبار SCL-90 تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، وحيث بلغت معاملات الارتباط لأبعاد اختبار SCL-90 بين (0.75-0.94) وهذا يدل على أن اختبار SCL-90 يتمتع بمعامل صدق عالٍ. وبما أن اختبار SCL-90 يتكون من تسعة أبعاد فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد التسعة والدرجة الكلية لكل بعد على حدة، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول 7

معاملات الارتباط بين فقرات بعد الأعراض الجسمانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الأعراض الجسمانية
دال إحصائياً	0.62	(1) الصداع
دال إحصائياً	0.64	(4) الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة
دال إحصائياً	0.52	(12) آلام في القلب أو الصدر
دال إحصائياً	0.72	(27) الإحساس بآلام في أسفل الظهر
دال إحصائياً	0.84	(40) الإحساس بالغثيان أو اضطراب المعدة
دال إحصائياً	0.87	(42) الشعور بآلام في العضلات
دال إحصائياً	0.77	(48) صعوبة التقاط الأنفاس
دال إحصائياً	0.69	(49) الإحساس بنوبات من البرودة والسخونة في جسمك
دال إحصائياً	0.75	(52) تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك
دال إحصائياً	0.69	(53) الإحساس بأن شيء يقف في زورك (يسد زورك)
دال إحصائياً	0.88	(56) الشعور بالضعف في أجزاء من جسمك
دال إحصائياً	0.81	(58) الشعور بتقل في ذراعيك وأرجلك

تبين من جدول (7) أن فقرات بعد الأعراض الجسمانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01 حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.52-0.88)، وهذا يدل على أن بعد الأعراض الجسمانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 8

معاملات الارتباط بين فقرات بعد الوسواس القهري والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الوسواس القهري
دال إحصائيا	0.60	(3) وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها
دال إحصائيا	0.75	(9) الصعوبة في تذكر الأشياء
دال إحصائيا	0.51	(10) الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال
دالة إحصائيا	0.72	(28) عدم القدرة على إتمام أعمالك
دال إحصائيا	0.54	(38) الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من صحتها
دال إحصائيا	0.56	(45) الاضطرار إلى إعادة التأكد من أعمالك (تعيد وتزيد)
دال إحصائيا	0.63	(46) صعوبة اتخاذ القرارات
دال إحصائيا	0.56	(51) الإحساس بأن ذهنك خالٍ من الأفكار
دال إحصائيا	0.64	(55) صعوبة في التركيز
دال إحصائيا	0.52	(65) تكرار نفس الأفعال مثل اللمس والعد والغسل

تبين من جدول (8) أن فقرات بعد الوسواس القهري تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.51-0.75)، وهذا يدل على أن بعد الوسواس القهري وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 9

معاملات الارتباط بين فقرات بعد الحساسية التفاعلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الحساسية التفاعلية
دال إحصائيا	0.66	(6) الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
دال إحصائيا	0.69	(21) الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
دال إحصائيا	0.81	(34) الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة
دال إحصائيا	0.80	(36) الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك
دال إحصائيا	0.79	(37) الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
دال إحصائيا	0.56	(41) الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
دال إحصائيا	0.76	(61) الشعور باضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك
دال إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.05	0.45	(69) الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين
دال إحصائيا	0.56	(73) الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام

تبين من جدول (9) أن فقرات بعد الحساسية التفاعلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (-0.45- 0.81)، ما عدا الفقرة رقم 69 فهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.05 وهذا لا يمنع من أن بعد الحساسية التفاعلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 10

معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الاكتئاب
دالة إحصائية	0.51	(5) أشعر بأن رغبتني وحياتي الجنسية غير طبيعية
دالة إحصائية	0.76	(14) الشعور بالخمول أو قلة النشاط
دالة إحصائية	0.53	(15) التفكير في إنهاء حياتك
دالة إحصائية	0.58	(20) البكاء بسهولة
دالة إحصائية	0.69	(22) الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة
دالة إحصائية	0.79	(26) لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك
دالة إحصائية	0.78	(29) الإحساس بالوحدة
دالة إحصائية	0.81	(30) الشعور بالانقباض
دالة إحصائية	0.80	(31) القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها
دالة إحصائية	0.65	(32) الشعور بعدم الاهتمام بما حولك
دالة إحصائية	0.79	(54) الشعور باليأس من المستقبل
دالة إحصائية	0.67	(71) الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (تعب في تعب)
دالة إحصائية	0.77	(79) الشعور بأنك عديم الأهمية

تبين من جدول (10) أن فقرات بعد الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (-0.51- 0.81)، وهذا يدل على أن بعد الاكتئاب وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 11

معاملات الارتباط بين فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد القلق
دالة إحصائية	0.61	(2) سرعة الانفعال والاضطراب الداخلي
دالة إحصائية	0.77	(17) رعشة بالجسم
دالة إحصائية	0.80	(23) رعب مفاجئ بلا سبب
دالة إحصائية	0.71	(33) الشعور بالخوف
دالة إحصائية	0.73	(39) الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
دالة إحصائية	0.67	(57) الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا
دالة إحصائية	0.79	(72) نوبات من الفزع والذعر بدون سبب معقول
دالة إحصائية	0.71	(78) الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئا في مكان
دالة إحصائية	0.76	(80) أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة لي
دالة إحصائية	0.54	(86) أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة

تبين من جدول (11) أن فقرات بعد القلق تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.80-0.54)، وهذا يدل على أن بعد القلق وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 12

معاملات الارتباط بين فقرات بعد العداوة والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد العداوة
دالة إحصائية	0.47	(11) الشعور بسرعة المضايقة والاستنارة.
دالة إحصائية	0.64	(24) ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها
دالة إحصائية	0.47	(63) الشعور برغبة ملحة في ضرب أو جرح أو إيذاء شخص ما
دالة إحصائية	0.69	(67) الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء
دالة إحصائية	0.72	(74) الدخول في كثير من الجدل والمناقشات
دالة إحصائية	0.61	(81) أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة ابدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.

تبين من جدول (12) أن فقرات بعد العداوة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.47-0.72)، وهذا يدل على أن بعد العداوة وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 13

معاملات الارتباط بين فقرات بعد قلق الخواف والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد قلق الخواف
دال إحصائيا	0.64	(13) الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع
دال إحصائيا	0.66	(25) الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك
دال إحصائيا	0.49	(47) الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الأتوبيسات
دال إحصائيا	0.53	(50) الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف
دال إحصائيا	0.47	(70) الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالسوق أو السينما
دال إحصائيا	0.58	(75) الشعور بالعصبية عندما تكون بمفردك
دال إحصائيا	0.69	(82) الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة

تبين من جدول (13) أن فقرات بعد قلق الخواف تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.47-0.69) وهذا يدل على أن بعد قلق الخواف وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 14

معاملات الارتباط بين فقرات بعد البارانويا التخيلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد البارانويا التخيلية
دالة إحصائية	0.65	(8) إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
دالة إحصائية	0.67	(18) الشعور بعدم الثقة في معظم الناس
دالة إحصائية	0.75	(43) الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك
دالة إحصائية	0.79	(68) الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين
دالة إحصائية	0.77	(76) الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك
دالة إحصائية	0.62	(83) الشعور بأن الناس سيأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك

تبين من جدول (14) أن فقرات بعد البارانويا التخيلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.62-0.79) وهذا يدل على أن بعد البارانويا التخيلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول 15

معاملات الارتباط بين فقرات بعد الذهانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الذهانية
دال إحصائياً	0.73	(7) الشعور بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك
دال إحصائياً	0.65	(16) سماع أصوات لا يسمعها آخرون
دال إحصائياً	0.79	(35) الإحساس بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
دال إحصائياً	0.72	(62) الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك
دال إحصائياً	0.70	(77) الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين
دال إحصائياً	0.56	(84) أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت في الجنس
دال إحصائياً	0.64	(85) أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك
دال إحصائياً	0.76	(87) الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك
دال إحصائياً	0.60	(88) عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر
دال إحصائياً	0.72	(90) الشعور بأن هناك تغيراً غريباً قد طرأ على أفكارك

تبين من جدول (15) أن فقرات بعد الذهانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.56-0.79) وهذا يدل على أن بعد الذهانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

محضر لقاء مع المجموعة الاستطلاعية لرضا والاتجاهات

جلسة استطلاعية مع مجموعة من السيدات اللواتي يتلقين الخدمات النفسية في الجمعية للتعرف على الجوانب التي تساهم في تكون رضاهن عن الخدمة واتجاهاتهن نحو وجود الخدمة في داخل الجمعية

التاريخ: 2006/1/9. الوقت: 10 صباحاً وحتى 12 ظهراً.

عدد الحضور: 10 سيدات.

المكان: جمعية أرض الإنسان فرع غزة.

محضر الجلسة:

قامت الباحثة بجمع مجموعة من السيدات المترددات على برنامج الدعم النفسي في الجمعية كعينة استطلاعية للتعرف على معايير الرضا عن الخدمات من وجهة نظرهن، وكذلك للتعرف على اتجاهاتهن نحو دمج الخدمات النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وتكونت العينة من 10 سيدات تتراوح أعمارهن من 20 إلى 30 سنة ومستواهن التعليمي من الثالث إعدادي إلى الثانوية العامة، وواحدة فقط سنة ثانية جامعة ولم تكمل دراستها.

وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية من المترددات لتلقي الخدمات النفسية في ذلك اليوم.

وقامت الباحثة بسؤال السيدات عن درجة رضاهن عن الخدمات والأسلوب المتبع من قبل المرشد، والمكان الذي تجرى فيه العملية الإرشادية، ووقت العملية، وتنوعت الأسئلة من أسئلة حول وجود الخدمات ودرجة الرضا والعوامل التي تلعب دور في تحديد درجة رضاهن.

استمرت الجلسة لمدة ساعتين من الزمن، وقامت الباحثة بأخذ وتسجيل الملاحظات والنقاط التي كانت تطرح من السيدات، وتم التوصل إلى أن رضاهن عن الخدمة من وجهة نظرهن يتعلق بالدرجة الأولى بدرجة التغيير التي تطرأ على وضعهن الحالي أو الأسري. والحفاظ على سرية المعلومات وأسلوب ومهارة المرشد يلعب دوراً كبيراً في تحديد درجة رضاهن، وأيضاً بعضهن طرحن الأسلوب المستخدم من قبل المرشد وشعورها بالراحة أثناء الحديث مع المرشد.

وبالنسبة لاتجاهاتهن حول وجود الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية دار الحديث عن أن وجودها زاد من وعيهم وإدراكهن لمشكلتهن وصحح الكثير من المفاهيم الخاطئة كما أنهم تحدثون عن أن وجودها قلل من شعورهم بوصمة العار وكانت هناك سهولة في الوصول للخدمة كما أنها مجانية ولن تكلفهم الأموال.

وبعد الانتهاء من الجلسة قامت الباحثة بوضع بعض الأسئلة حول كيفية قياس الرضا عن العملية الإرشادية، والاتجاهات حول وجود الخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

ملحق 5

لقاء مع فريق التدخل في برنامج الدعم النفسي

الهدف من الجلسة: الاطلاع على آراءهم حول مقياسي الرضا والاتجاهات.

تاريخ عقد الجلسة: 2006/1/14.

مدة اللقاء: ساعتان.

عدد الحضور: 6 أخصائيات وأخصائي واحد وطبيب نفسي واحد.

موضوع الجلسة:

قامت الباحثة باطلاع الفريق على الهدف من الدراسة، والمقاييس المراد استخدامها، وأيضا بعرض النسخة الأولية المعدة عليهم، وقام الفريق بإبداء آرائهم حول الفقرات، وتعديل بعض الصياغات، وإضافة بعض الجمل، والأبعاد التي من وجهة نظرهم مهمة في تحديد رضا المنتفعات أو اتجاهاتهن، وقامت الباحثة بتسجيل ملاحظاتها وجمع كل النقاط المطروحة من قبلهم.

ومع نهاية الورشة أدت الباحثة شكرها العميق للفريق.

ملحق 6

أسماء المحكمين

الجامعة	الكلية	العضو
الإسلامية	التربية / علم نفس	د. سناء أبو دقة
الأقصى	التربية / علم نفس	د فضل أبو هين
طبيب نفسي عيادات الوكالة	مدير عيادة معن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية.	د محفوظ عثمان
مركز غزة للصحة النفسية	طبيب نفسي	د تيسير دياب
مركز غزة للصحة النفسية	كلية الصحة العامة	د عبد العزيز ثابت
مركز غزة للصحة النفسية	مدير دائرة التدريب والتعليم في برنامج غزة للصحة النفسية	د زياد عوض
الإسلامية	التربية / علم نفس	د.سمير قوته

فقرات استبانته الاتجاهات حول وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها الأولية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

السيد الدكتور/ة _____ حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،،

أتشرف بإحاطتكم علما بأنني أقوم ببناء اختبار لقياس اتجاهات المرضى نحو وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وهذا المقياس هو أحد الأدوات التي تستخدمها الباحثة للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من قسم علم النفس في كلية التربية بالجامعة الإسلامية والدراسة بعنوان تقييم دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المنتفعين تحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة.

هذا مع العلم أنه سيطلب من المريضة اختيار إجابة واحد فقط من أربع إجابات.

الرجاء التفضل بإبداء رأيكم في عبارات المقياس المرفقة من حيث: ملائمة العبارة وسلامتها اللغوية مع إضافة ما ترونه مناسباً من تعديلات أو حذف.

ملاحظة: التعريف الإجرائي للاتجاه نحو وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية: هو حالة من الاستعداد لدى الفرد تدفعه إلى تأييد أو عدم تأييد وجود الخدمة النفسية داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية، والاتجاهات مكتسبة ومتعلمة وتغلب عليها الذاتية والفردية وهي نتاج التنشئة الاجتماعية والتربوية ويعبر الفرد عن اتجاهاته لفظياً أو عملياً في صورة سلوك.

نشكركم لحسن تعاونكم،،،

وتفضلوا بقبول الاحترام،،،

الباحثة

سماح أبو سيدو

#	العبارة	مدي انتماء الفقرة للبعد			أي
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة	
أنا أسعى للحصول على مساعدة من المرشد النفسي إذا:					
1	عانيت من مشاكل نفسية				
2	لا أطلب أبدا المساعدة من المرشد				
3	إذا تم تحويلي من قبل الآخرين للحصول على مساعدة من المرشد				
4	أطب المساعدة أحيانا وبدون أن تكون لدي مشاكل معينة				
أكثر فئة يتعامل معها المرشد النفسي:					
5	المجانين.				
6	الضعفاء وغير القادرين على التكيف لوحدهم.				
7	الذين هم بحاجة إلى دعم نفسي.				
8	المحتاجون للنصيحة.				
الهدف من الإرشاد النفسي:					
11	إعطاء النصيحة.				
12	خلق وتعزيز الثقة وبناء علاقات داعمة.				
13	إعطاء المقترحات والخطط والحلول.				
14	الكشف عن المشاكل النفسية ومساعدة الشخص على الوصول إلى فهم أفضل لذاته.				
أهم المواصفات التي تحبين توفرها في المرشد النفسي:					
22	مقارب لك في العمر والجنس				
23	من أعرفهم شخصيا				
24	ذكي وجذاب.				
25	تقي ومتدين ويعرف حقوق الله.				
عند شعورك بالضغط أو الاكتئاب أو القلق هل تفضلين:					
30	استشارة طبيب الرعاية.				

#	العبارة	مدي انتماء الفقرة للبعد			أي تعديلات مقترحة
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة	
31	عدم طلب المساعدة والعمل على استعادة قوتك والسيطرة عليها				
32	.استشارة المرشد النفسي				
33	الحديث مع بعض الأقارب أو الأصدقاء.				
إذا اقترح طبيب الرعاية عليك التوجه إلى المرشد النفسي فأنت تفضلين:					
34	عدم الذهاب إلى المرشد النفسي.				
35	دفع المال لرؤية المرشد في عيادة خاصة.				
36	تواجد المرشد يعمل في نفس العيادة مع الطبيب.				
37	أن يتم تحويلك إلى مكان خارج العيادة.				
وجود المرشد النفسي إلى جانب الطبيب يشعرك بـ:					
39	بأن مشكلتك لها خصوصية وسرية.				
40	أن الخدمة مجانية.				
41	يعطيك شعوراً أقل بالخوف من الذهاب إلى مكان لا تعرفه.				
42	يشعرك بأهمية وجدية الخدمة المقدمة.				
وجود المرشد النفسي داخل مراكز الرعاية الأولية يشعرك بـ:					
44	احتمالية أن يراك أحد من معارفك.				
45	أنه لا يمكن الحفاظ على خصوصية وسرية مشكلتك.				
46	يسهل عليك الحصول على الخدمة الإرشادية.				
47	بأنه أمر عادي وسهل التعامل معه.				
ما يثير مخاوفك عند رؤية المرشد النفسي:					
49	أنني لا أحب فكرة التحدث إلى الغرباء.				

أي تعديلات مقترحة	الفقرة مناسبة لغويا	مدي انتماء الفقرة للبعد			العبارة	#
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة		
					يمكن أن تعتقد عائلتي وأصدقائي أنني مريضة نفسياً.	50
					لا أحب الاعتقاد أنني لا أستطيع التكيف مع مشكلتي.	51
					عدم حفاظ المرشد على سرية الحديث الذي يدور بيننا.	52
سوف تكونين أكثر تقبلاً لرؤية المرشد النفسي في حالة:						
					وجود المنشورات أو المحاضرات التي تتحدث عن ماهية وطبيعة الإرشاد.	53
					التحدث مع المرشد بواسطة التليفون قبل تحديد موعد والقدوم للزيارة.	54
					قضاء بعض الوقت مع الطبيب لمعرفة الفائدة التي ستعود عليك عند التوجه للمرشد.	55
					وجود شعور أقل بالخجل والتردد.	56

ملحق 8

إستبانة قياس الاتجاهات نحو وجود الخدمات النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها النهائية

الرجاء اختيار إجابة واحدة فقط وعدم ترك أي عبارة دون الإجابة عليها:

1. أنا أسعى للحصول على مساعدة من المرشد النفسي إذا:

- 1 شعرت بالاكتئاب أو القلق. مشاكل نفسية (الاكتئاب القلق الحزن الفقدان
- 2 لا اطلب أبدا المساعدة من المرشد.
- 3 إذا تم تحويلي من قبل الآخرين للحصول على مساعدة من المرشد.
- 4 أطلب المساعدة أحيانا وبدون أن تكون لدي مشاكل معينة.

2. أكثر فئة يتعامل معها المرشد النفسي:

- 1 المجانين.
- 2 الضعفاء وغير القادرين على التكيف لوحدهم.
- 3 الذين هم بحاجة إلى دعم نفسي.
- 4 المحتاجون للنصيحة.

3. الهدف من الإرشاد النفسي:

- 1 إعطاء النصيحة.
- 2 خلق وتعزيز الثقة وبناء علاقات داعمة.
- 3 إعطاء المقترحات والخطط والحلول.
- 4 الكشف عن المشاكل النفسية ومساعدة الشخص على الوصول إلى فهم أفضل لذاته.

4. أهم المواصفات التي تحبين توفرها في المرشد النفسي:

- 1 مقارب لك في العمر والجنس
- 2 من أعرفهم شخصيا
- 3 ذكي وجذاب.
- 4 تقي ومتدين ويعرف حقوق الله.

5. عند شعورك بالضغط أو الاكتئاب أو القلق هل تفضلين:

- 1 استشارة طبيب الرعاية.
- 2 عدم طلب المساعدة والعمل على استعادة قوتك والسيطرة عليها
3. استشارة المرشد النفسي
- 4 الحديث مع بعض الأقارب أو الأصدقاء.

6. إذا اقترح طبيب الرعاية عليك التوجه إلى المرشد النفسي فأنت تفضلين:

- 1 عدم الذهاب إلى المرشد النفسي.
- 2 دفع المال لرؤية المرشد في عيادة خاصة.
- 3 تواجد المرشد يعمل في نفس العيادة مع الطبيب.
- 4 أن يتم تحويلك إلى مكان خارج العيادة.

7. وجود المرشد النفسي إلى جانب الطبيب يشعرك بـ:

- 1 بأن مشكلتك لها خصوصية وسرية.
- 2 أن الخدمة مجانية.
- 3 يعطيك شعوراً أقل بالخوف من الذهاب إلى مكان لا تعرفه.
- 4 يشعرك بأهمية وجدية الخدمة المقدمة.

8. وجود المرشد النفسي داخل مراكز الرعاية الأولية يشعرك بـ:

- 1 احتمالية أن يراك احد من معارفك.
- 2 أنه لا يمكن الحفاظ على خصوصية وسرية مشكلتك.
- 3 يسهل عليك الحصول على الخدمة الإرشادية.
- 4 بأنه أمر عادي وسهل التعامل معه.

9. ما يثير مخاوفك عند رؤية المرشد النفسي:

- 1 أنني لا أحب فكرة التحدث إلى الغرباء.
- 2 يمكن أن تعتقد عائلتي وأصدقائي أنني مريضة نفسياً.
- 3 لا أحب الاعتقاد أنني لا أستطيع التكيف مع مشكلتي.
- 4 عدم حفاظ المرشد على سرية الحديث الذي يدور بيننا.

10. سوف تكونين أكثر تقبلاً لرؤية المرشد النفسي في حالة:

- 1 وجود المنشورات أو المحاضرات التي تتحدث عن ماهية وطبيعة الإرشاد.
- 2 التحدث مع المرشد بواسطة الهاتف قبل تحديد موعد والقدوم للزيارة.
- 3 قضاء بعض الوقت مع الطبيب لمعرفة الفائدة التي ستعود عليك عند التوجه للمرشد.
- 4 وجود شعور أقل بالخجل والتردد.

فقرات استبانته تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها الأولية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

السيد الدكتور/ة _____ حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،

أتشرف بإحاطتكم علما بأنني أقوم ببناء اختبار لقياس رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية المقدمة داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وهذا المقياس هو أحد الأدوات التي تستخدمها الباحثة للحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية من قسم علم النفس في كلية التربية بالجامعة الإسلامية والدراسة بعنوان تقييم دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المنتفعين تحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة.

هذا مع العلم بأنه سيتم استخدام مقياس ليكرت: مرضٍ جدا، مرضٍ، لا أستطيع التحديد، غير مرضٍ، غير مرضٍ جدا.

الرجاء التفضل بإبداء رأيكم في عبارات المقياس المرفقة من حيث: ملائمة العبارة. وسلامتها اللغوية مع إضافة ما ترونه مناسبا من تعديلات أو حذف.

ملاحظة: التعريف الإجرائي لرضا المنتفعات: هو اتجاه المنتفعات نحو وجود الخدمات المقدمة لهن، وعادة ما يتأثر هذا الاتجاه بشكل مباشر بنتيجة العلاج وبجوانب أخرى متداخلة مثل: مكان تقديم الخدمة، الوقت المقضي مع المرشدة، والأسلوب أو الطريقة المستخدمة بالجلسات الإرشادية.

والرضا عن الخدمة هو شعور داخلي ينتج من توافق بين ما يريده الفرد وبين ما يحصل عليه فعلا أثناء تلقيه الخدمة فإذا أدرك المريض أن العملية الإرشادية تقدم له ما ينبغي أن يحصل عليه وغطت ما لديه من احتياجات تحقق الرضا عن الخدمة المقدمة، والرضا عن الخدمة ليس مطلقا إذ ليس هناك حد أعلى أو أدنى له.

نشكركم لحسن تعاونكم،،،

وتفضلوا بقبول الاحترام،،،

الباحثة

سماح أبو سيدو

أي تعديلات مقترحة	الفقرة مناسبة لغويا	مدى انتماء الفقرة للبعد			العبارة	#
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة		
البعد الأول: مكان إجراء الجلسة:						
					المكان يحافظ على سرية الحديث بيني وبين المرشد النفسي	1
					أثاث الغرفة مريح	2
					إضاءة المكان مناسبة	3
					نظافة المكان جيدة	4
البعد الثاني: وقت الجلسة وهي الفترة الزمنية التي يقضيها المرشد النفسي مع المسترشد والمتعرف علىها بـ 45 دقيقة:						
					الوقت الذي كنت أفضيه مع المرشد بشكل عام كان قصيرا	5
					أنا أتمنى لو قضيت وقتاً أطول في جلسات العلاج	6
					الوقت الذي قضيته مع المرشد لم يكن كافياً لمناقشة كل الجوانب التي أرغب بها	7
البعد الأول: مكان إجراء الجلسة:						
					أنا شعرت بأي حصلت على الوقت الكافي لشرح مشكلتي للمرشد	8
					الجلسة كانت طويلة أكثر من اللازم	9
					شعرت بالملل من طول الجلسة	10

أي تعديلات مقترحة	الفقرة مناسبة لغويا	مدى انتماء الفقرة للبعد			العبارة	#
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة		
البعد الثالث مهارات المرشد:						
وهي الأساليب التي يستخدمها المرشد النفسي خلال العملية الإرشادية لبناء علاقة علاجية قوية مع المسترشد، وتشعر المسترشد بأن المرشد يهتم ويفهم مشاعره وما يقول وتلعب دوراً كبيراً في تشجيع المسترشد على الاستمرار في الحديث والكشف عن مكونات حياته مثل مهارات الحضور والإصغاء ومهارات الإرشاد.						
					المرشد حافظ على سرية المعلومات الخاصة بي	11
					شعرت أن المرشد يسأل أسئلة بعيدة عن مشكلتي	12
					المرشد كان ينصت جيدا لما أقول	13
					اعتقد أن المرشد فهم جيدا ما اشعر به	14
					المرشد كان يفهمني	15
					أزعجتني طريقة المرشد في التساؤل	16
					أعتقد أن المرشد فهم جيدا مشكلتي ومشاعري	17
					شعرت بأن المرشد يستجوبني من خلال الأسئلة المتكررة	18
					أزعجتني فترات الصمت في الجلسات	19
					شعرت بأن المرشد يتواصل معي طوال الجلسات	20
					شعرت بأن المرشد يتقبلني كما أنا	21

أي تعديلات مقترحة	الفقرة مناسبة لغويا	مدى انتماء الفقرة للبعد			العبارة	#
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة		
البعد الرابع طريقة التدخل: وهي التقنيات الإرشادية التي يستخدمها المرشد خلال العملية العلاجية الإرشادية لمساعدة المسترشد مثل الإرشاد الديني، السلوكي المعرفي، التفريغ الانفعالي وغير ذلك						
					22	كان نقاش المرشد معي شاملا لكل جوانب مشكلتي
					23	المرشد أعطاني معلومات حول الإرشاد وشرح ماهية الأسباب حول الإرشادات المعطاة
					24	المرشد أعطاني فرصة للتحدث عن مشكلتي
					25	المرشد علمني بعض الأساليب التي ساهمت في تغيير سلوكي
					26	المرشد صحح بعض المفاهيم والمعتقدات الخاطئة عندي
					27	استخدم بعض آيات القرآن والأحاديث أثناء الجلسات
					28	أشرك الأهل في مشكلتي
					29	تم استخدام تمارين الاسترخاء خلال الجلسات
البعد الخامس استعداد المسترشد: وهي درجة تقبله لتلقي الخدمات النفسية.						
					30	شعرت بالقدرة على إخبار المرشد عن أشياء خاصة جدا
					31	هناك بعض الجوانب كانت لها علاقة بمشكلتي أو علاجي لم أكن قادرة على إخبار المرشد بها
					32	لقد وجدت صعوبة في إخبار المرشد عن أشياء خاصة

أي تعديلات مقترحة	الفقرة مناسبة لغويا	مدى انتماء الفقرة للبعد			العبارة	#
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة		
					كانت هناك سهولة في الحديث مع المرشد	33
البعد السادس نتيجة الإرشاد:						
وهي الخلاصة النهائية أو التغييرات التي طرأت على المسترشد نتيجة تلقيه للجلسات الإرشادية.						
					أشعر بالرضا عن سير الجلسات	34
					بعض جوانب علاجي كان من الممكن أن تجري بشكل أفضل	35
					لقد فهمت مشكلتي جيدا نتيجة الجلسات الإرشادية	36
					أنا غير راضية تماما عن الطريقة التي سارت بها الجلسات	37
					أشعر أن الإرشاد ساعدني على حل مشكلتي	38
					الإرشاد ساعدني على إحداث تغيير بدخلي	39
					الإرشاد ساعدني على فهم نفسي جيدا	40
					الجلسات أحدثت تغييرا في حياتي العائلية	41
					الجلسات جعلتني أشعر بالراحة لأنني أصبحت قادرة على التحدث عن المشكلة	42
					لقد تحسن الاتصال بيني وبين أفراد عائلتي	43

أي تعديلات مقترحة	الفقرة مناسبة لغويا	مدى انتماء الفقرة للبعد			العبارة	#
		لا تنتمي	متوسطة	بدرجة كبيرة		
					ساعدتني الجلسات على التخلص من أي مشاكل خاصة بعلاقتي مع زوجي	44
					ساعدتني الجلسات على التكيف وفهم مشاعري	45
					ساعدتني على رؤية المستقبل بصورة أوضح وأفضل	46
					أعطاني صورة كاملة عن نفسي	47
					أصبحت قادرة على التكيف بشكل عام	48
					أصبحت قادرة على فهم مشكلتي والتكيف معها	49
					أصبحت قادرة على التكيف مع مشكلتي	50
					أصبحت لدي القدرة على إبقاء نفسي متمتعة بصحة نفسية جيدة	51
					أصبحت واثقة من صحتي النفسية	52
					أصبحت قادرة على مساعدة نفسك	53

ملحق 10

فقرات استبانته تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية في مراكز الرعاية الصحية الأولية في صورتها بعد التحكيم

الرقم	العبارات	مُرَضٍ جداً	مُرَضٍ	لا أستطيع التحديد	غير مُرَضٍ	غير مُرَضٍ إطلاقاً
1.	المكان يحافظ على سرية الحديث بيني وبين المرشد النفسي					
2.	الوقت الذي قضيته مع المرشد لم يكن كافياً لمناقشة كل الجوانب التي أُرغب بها					
3.	المرشد كان ينصت جيداً لما أقول ولا يقاطعني					
4	شعرت بأن المرشد يستجوبني من خلال الأسئلة المتكررة					
5	المرشد أعطاني معلومات حول الإرشاد وشرح ماهية الأسباب حول الإرشادات المعطاة					
6	المرشد صحح بعض المفاهيم والمعتقدات الخاطئة عندي					
7	ساعدني المرشد في فهم ذاتي					
8	كانت هناك سهولة في الحديث مع المرشد					
9	لقد فهمت مشكلتي جيداً نتيجة الجلسات الإرشادية					
10	لقد تحسن الاتصال بيني وبين أفراد عائلتي					

الرقم	العبارات	مُرَضٌ جداً	مُرَضٌ	لا استطيع التحديد	غير مُرَضٌ	غير مُرَضٌ إطلاقاً
11	أصبحت قادرة على التكيف بشكل عام					
13	أثاث الغرفة مريح					
14	أنا شعرت بانني حصلت على الوقت الكافي لشرح مشكلتي للمرشد					
15	أعتقد أن المرشد احترم مشاعري					
16	شعرت بأن المرشد متواصل معي طوال الجلسات					
17	استخدم بعض آيات القرآن والأحاديث أثناء الجلسات					
18	فسر لي بعض الأمور العالقة في ذهني وأقنني بها.					
19	شعرت بالأمان مع المرشد					
20	أنا غير راضية تماماً عن الطريقة التي سارت بها الجلسات					
21	حسن الاتصال بيني وبين زوجي					
22	أصبحت قادرة على فهم مشكلتي والتكيف معها					
23	إضاءة المكان مناسبة					
24	الجلسة كانت طويلة أكثر من اللازم					
25	لا أجد صعوبة في الحديث عن مشاكلي الخاصة مع المرشد					
26	أزعجتني فترات الصمت في الجلسات					
27	أشرك الأهل في مشكلتي					

الرقم	العبارات	مُرَضٌ جداً	مُرَضٌ	لا استطيع التحديد	غير مُرَضٌ	غير مُرَضٌ إطلاقاً
28	شعرت بالقدرة على إخبار المرشد عن أشياء خاصة جداً					
29	وجدت الكلام يتدفق بسهولة مع المرشد					
30	أشعر أن الإرشاد ساعدني على حل مشكلتي					
31	ساعدتني الجلسات على التكيف وفهم مشاعري					
32	لدي القدرة على إبقاء نفسك ممتعة بصحة جيدة					
33	نظافة المكان جيدة					
34	شعرت بالملل من طول الجلسة					
35	أسئلة المرشد كانت مباشرة					
36	أسئلة المرشد كان فيها لف ودوران					
37	تم استخدام تمارين الاسترخاء خلال الجلسات					
38	هناك بعض الجوانب كانت لها علاقة بمشكلتي أو علاجي لم أكن قادرة على إخبار المرشد بها.					
39	أشعر بالخجل من قول كل شيء يشغلني للمرشد					
40	الإرشاد ساعدني على إحداث تغيير بداخلي					
41	أصبحت واثقة من نفسي					
42	لا توجد ضوضاء في المكان					

الرقم	العبارات	مُرَضٌ جداً	مُرَضٌ	لا استطيع التحديد	غير مُرَضٌ	غير مُرَضٌ إطلاقاً
43	المرشد أكد لي منذ البداية على سرية المعلومات الخاصة بي					
44	أعتقد أن المرشد فهم جيداً مشكلتي					
45	كان نقاش المرشد معي شاملاً لكل جوانب مشكلتي					
46	أعطاني المجال والحرية الكاملة في التعبير عما يجول بخاطري					
47	لقد وجدت صعوبة في إخبار المرشد عن أشياء خاصة					
48	أعطاني صورة كاملة عن نفسي					
49	أشعر بالرضا عن سير الجلسات					
50	الوقت الذي كنت أقضيه مع المرشد بشكل عام كان قصيراً					
51	شعرت براحة كبيرة عند جلوسي مع المرشد					
52	المرشد أعطاني فرصة للتحدث عن مشكلتي					
53	ساعدني على رؤية المستقبل بصورة أوضح وأفضل					
54	الإرشاد ساعدني على فهم نفسي جيداً					
55	المرشد علمني بعض الأساليب التي ساهمت في تغيير سلوكي.					
56	المرشد لا يقاطعني خلال الحديث أبداً					

لا

نعم

هل تقبلين بالعودة إذا حدثت عندك مشكلة أخرى
ما هي توقعاتك من مواصلة العلاج في الجمعية:

1. ليس لدي أية توقعات من مواصلة العلاج

2. أنا مقتنعة أنه لن يطرأ تغيير على وضعي

3. أنا مقتنعة أنني سوف أكون أحسن

لأي مدى تمكن البرنامج من تلبية احتياجاتك:

1. لم أجد ما يلبي احتياجاتي

2. وجدت قليلاً من احتياجاتي

3. وجدت كل ما احتاج

إذا تكرمت الرجاء أن تخبرينا باقتراحاتك بشأن الخدمات التي تجعلك أكثر رضا:

ملحق 11

استبانته تقييم رضا المنتفعات عن العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الأولية في صورتها النهائية

نرجو أن تقرئي البنود الآتية بعناية، وأن تجيبي عنها جميعاً بوضع علامة (x) أمام كل منها، وتحت الاختبار الذي ترين أنه يعبر عن إحساسك نحو هذه الخدمة، بمعنى أن تضع علامة (x) تحت الاختيار مرضٍ جداً إذا كان رأيك في مضمون البند الذي أجبتني عنه يعني بأنه مرضٍ لك، وأن تضعي علامة (x) تحت الاختيار (غير مرضٍ) إذا رأيت أنك غير راضية عن مضمون هذا البند. مع تمنياتنا لك بالتوفيق.

الرقم	العبارات	مرضٍ جداً	مرضٍ	لا أستطيع التحديد	غير مرضٍ	غير مرضٍ إطلاقاً
1	المكان يحافظ على سرية الحديث بيني وبين المرشد النفسي					
2	الوقت الذي قضيته مع المرشد لم يكن كافياً لمناقشة كل الجوانب التي أُرغب بها					
3	المرشد كان ينصت جيداً لما أقول ولا يقاطعني					
4	شعرت بأن المرشد يستجوبني من خلال الأسئلة المتكررة					
5	المرشد أعطاني معلومات حول الإرشاد وشرح ماهية الأسباب حول الإرشادات المعطاة					
6	المرشد صحح بعض المفاهيم والمعتقدات الخاطئة عندي					
7	ساعدني المرشد في فهم ذاتي					
8	كانت هناك سهولة في الحديث مع المرشد					
9	لقد فهمت مشكلتي جيداً نتيجة الجلسات الإرشادية					
10	لقد تحسن الاتصال بيني وبين أفراد عائلتي					

غير مُرضٍ إطلاقاً	غير مُرضٍ	لا أستطيع التحديد	مُرضٍ	مُرضٍ جداً	العبارات	الرقم
					أصبحت قادرة على التكيف بشكل عام	11
					أصبحت قادرة على مساعدة نفسك	12
					أثاث الغرفة مريح	13
					أعتقد أن المرشد احترم مشاعري	14
					شعرت بأن المرشد متواصل معي طوال الجلسات	15
					فسر لي بعض الأمور العالقة في ذهني وأقنني بها.	16
					شعرت بالأمان مع المرشد	17
					أنا غير راضيه تماماً عن الطريقة التي سارت بها الجلسات	18
					حسن الاتصال بيني وبين زوجي	19
					أصبحت قادرة على فهم مشكلتي والتكيف معها	20
					إضاءة المكان مناسبة	21
					الجلسة كانت طويلة أكثر من اللازم	22
					لا أجد صعوبة في الحديث عن مشاكلتي الخاصة مع المرشد	23
					أزعجتني فترات الصمت في الجلسات	24
					أشرك الأهل في مشكلتي	25
					شعرت بالقدرة على إخبار المرشد عن أشياء خاصة جداً	26
					وجدت الكلام يتدفق بسهولة مع المرشد	27
					أشعر أن الإرشاد ساعدني على حل مشكلتي	28

الرقم	العبارات	مُرَضٌ جداً	مُرَضٌ	لا يستطيع التحديد	غير مُرَضٌ	غير مُرَضٌ إطلاقاً
29	ساعدتني الجلسات على التكيف وفهم مشاعري					
30	لدي القدرة على إبقاء نفسي متمتعة بصحة جيدة					
31	نظافة المكان جيدة					
32	شعرت بالملل من طول الجلسة					
33	أسئلة المرشد كان فيها لف ودوران					
34	تم استخدام تمارين الاسترخاء خلال الجلسات					
35	هناك بعض الجوانب كانت لها علاقة بمشكلتي أو علاجي لم أكن قادرة على إخبار المرشد بها					
36	أشعر بالخلج من قول كل شيء يشغلني للمرشد					
37	الإرشاد ساعدني على إحداث تغيير بداخلي					
38	أصبحت واثقة من نفسي					
39	لا توجد ضوضاء في المكان					
40	المرشد أكد لي منذ البداية على سرية المعلومات الخاصة بي					
41	أعتقد أن المرشد فهم جيدا مشكلتي					
42	كان نقاش المرشد معي شاملا لكل جوانب مشكلتي					
43	لقد وجدت صعوبة في إخبار المرشد عن أشياء خاصة					
44	أعطاني صورة كاملة عن نفسي					
45	أشعر بالرضا عن سير الجلسات					

الرقم	العبارات	مُرَضٌ جداً	مُرَضٌ	لا أستطيع التحديد	غير مُرَضٌ	غير مُرَضٌ إطلاقاً
46	الوقت الذي كنت أفضية مع المرشد بشكل عام كان قصيراً					
47	شعرت براحة كبيرة عند جلوسي مع المرشد					
48	المرشد أعطاني فرصة للتحدث عن مشكلتي					
49	ساعدني على رؤية المستقبل بصورة أوضح وأفضل					
50	الإرشاد ساعدني على فهم نفسي جيداً					
51	المرشد علمني بعض الأساليب التي ساهمت في تغيير سلوكي.					
52	المرشد لا يقاطعني خلال الحديث أبداً					

لا .

نعم

هل تقبلين بالعودة إذا حدثت عندك مشكلة أخرى ما هي توقعاتك من مواصلة العلاج في الجمعية:

4. ليس لدي أية توقعات من مواصلة العلاج

5. أنا مقتنعة أنه لن يطرأ تغيير على وضعي

6. أنا مقتنعة أنني سوف أكون أحسن

لأي مدى تمكن البرنامج من تلبية احتياجاتك:

4. لم أجد ما يلبي احتياجاتي

5. وجدت قليلاً من احتياجاتي

6. وجدت كل ما احتاج

ملحق 12

ورشة عمل مع فريق التدخل في برنامج الدعم النفسي لتدريبهم على أدوات الدراسة

الهدف من الورشة: تعريف فريق التدخل بموضوع البحث المراد إجراؤه داخل البرنامج، والحصول على الدعم الكامل من الفريق، وأيضا لاطلاعهم على الخطة الإرشادية المراد إتباعها مع المنفعات.

تاريخ عقد الورشة: 2006/4/1.

مدة الورشة: 3 ساعات.

موضوع الورشة: تم طرح موضوع البحث للفريق، ومناقشة الفكرة معهم بشكل موسع، وكذلك تم اطلاعهم على المقاييس المراد إتباعها، في تقييم مدى فاعلية العملية العلاجية والتي سيتم تعبئتها من قبلهم في أول جلسة وآخر جلسة، وتم مناقشة كل جوانب الاستمارة، وكيفية التوصل إلى أفضل طريقة لتعبئة الاستمارة.

وكذلك قامت الباحثة بشرح النموذج المراد إتباعه من قبلهم حتى يتم تحديد الخطوط العريضة التي ترغب الباحثة أن تسير بها العملية الإرشادية، وتم شرح نموذج ايجن (Egan's model) بالتفصيل للفريق وكذلك الأساليب الإرشادية والطرق الإرشادية التي سيتم إتباعها خلال عملية إجراء الباحث، وأيضا قامت بشرح عدد الجلسات والمدة الزمنية لكل جلسة.

وقامت الباحثة بتوزيع شرح مفصل مطبوع للنموذج وكذلك للأساليب والطرق الإرشادية لكل أعضاء الفريق.

وتم الشرح لكل الفريق الأبعاد الأساسية التي سيتم إجراء التقييم على أساسها. ومن سيقوم بتعبئة وشرح الاستبانة الخاصة بالتقييم في نهاية الجلسات. ومع نهاية الورشة أبدى فريق العمل استعداداه الكامل لمساعدة الباحثة في تطبيق كل الجوانب الخاصة بالناحية التطبيقية من البحث.

ملحق 13

استمارة الموافقة للسيدات لدخول في الدراسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أختي العزيزة،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،،،

أنشئت خدمة الدعم النفسي في مراكز الرعاية الصحية الأولية من أجل مساعدتك على تخطي الصعوبات التي تواجهك في العامة والخاصة، لذلك تقوم الباحثة سماح أبو سيدو بدراسة بهذه الخدمة آملة أن تزودها برأيك فيها، وبمدي استفادتك منها، وبمدي تحقيق أهدافها حتى يمكنها التعرف على ايجابياتها، والوقوف على سلبياتها فيتم تجنبها مستقبلا، مما يطورها ويدعم وجودها من أجلك.

بموافقتك على الدخول في الدراسة سيطلب منك تعبئة الاستمارات مرة أخرى، بعد مرور ثلاث أشهر على متابعتك داخل العيادات.

سيتم استخدام البيانات فقط بدون أسماء وستستخدم المعلومات فقط في البحث العلمي فلذلك أتمنى منك مراعاة التالي:

الإجابة بسرعة وبدون تفكير.

توخي الدقة والصراحة في إجابتك.

مهما كانت إجابتك لن تؤثر على طبيعة الإرشاد الذي تحصلين عليه لا بالسلب ولا بالإيجاب وفي حال رفضك المشاركة أو قررت الانسحاب يمكنك ذلك.

أوافق على الدخول بالدراسة

لا أوافق على الدخول بالدراسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ